

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 10 |
| 2. CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA DE PARTIDA..... | 12 |
| 2.1.Finalidade e Objetivos do Estágio..... | 13 |
| 3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL..... | 15 |
| 3.1.Envelhecimento e Déficit Cognitivo | 15 |
| 3.2.Promoção da Saúde Mental na Pessoa Idosa..... | 19 |
| 3.3.Intervenções de Enfermagem na Pessoa Idosa com Déficit Cognitivo | 23 |
| 4. ACTIVIDADES E PROCESSOS DE TRABALHO | 29 |
| 4.1.Casa de Saúde da Idanha – Unidade de Gerontopsiquiatria e Reabilitação Cognitiva..... | 30 |
| 4.2.Fundação D. Pedro IV - Mansão Santa Maria de Marvila | 33 |
| 4.2.1. Implementação de Intervenções de enfermagem promotoras da saúde mental da pessoa idosa com déficit cognitivo ligeiro | 35 |
| 4.2.1.1. Instrumentos clínicos de caracterização do estado de saúde mental | 36 |
| 4.2.1.2. Seleção do grupo a caracterização das suas necessidades | 38 |
| 4.2.1.3. Conceção e Planeamento das Intervenções..... | 41 |
| 4.2.1.4. O grupo e a relação na intervenção psicoterapêutica | 45 |
| 5. RESULTADOS OBTIDOS..... | 47 |
| 5.1.Impacto das Intervenções na Saúde Mental da Pessoa Idosa | 47 |
| 5.1.1. Função Cognitiva..... | 47 |
| 5.1.2. Ansiedade | 49 |
| 5.1.3. Autoestima | 50 |
| 5.1.4. Interação Social..... | 51 |

| | |
|---|-----------|
| 5.1.5. Satisfação Percebida | 53 |
| 5.1.6. Síntese dos principais resultados e contributos das intervenções..... | 54 |
| 5.2. Balanço das competências desenvolvidas | 57 |
| 6. QUESTÕES ÉTICAS | 60 |
| 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 61 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 63 |

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório situa-se no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, na área de especialização de enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica,

Pretende-se dar a conhecer a experiência e o trabalho desenvolvido no percurso de estágio, designadamente no que diz respeito à promoção da saúde mental da pessoa idosa com défice cognitivo ligeiro, através da implementação de intervenções específicas, fundamentadas numa prática baseada na evidência, assim como contribuir para o desenvolvimento da enfermagem.

O envelhecimento da sociedade é uma realidade inevitável fruto de uma maior longevidade e ao qual se associa uma maior prevalência das doenças crónicas, um incremento da dependência nas atividades da vida diária, assim como declínio das capacidades cognitivas. É um processo inerente a todos os seres vivos progressivo e irreversível, que se expressa, pela perda da capacidade de adaptação e pela diminuição das funcionalidades (Spirduso, Francis, & Mcrae, 2005).

A problemática de partida situa-se no âmbito dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa com défice cognitivo ligeiro e prende-se com a necessidade de, enquanto enfermeira especialista em saúde mental, desenvolver competências ao nível da realização de intervenções de enfermagem de cariz psicoterapêutico, visando contribuir em particular para a promoção da saúde mental do idoso.

A metodologia de suporte a este percurso, centrou-se na evidência técnico-científica, na experiência pessoal e profissional, na reflexão crítica e construtiva sobre a prática e na opinião de peritos, contribuindo para a tomada de decisão e desenvolvimento de intervenções de complexidade crescente face às necessidades identificadas.

O relatório está organizado em seis partes, na primeira é efetuada uma caracterização da problemática de partida com a definição da finalidade e objetivos traçados para o estágio; segue-se um enquadramento conceptual onde são abordados os aspetos mais relevantes, de acordo com a revisão da literatura, face aos principais conceitos e/ou elementos da temática em estudo; a terceira parte refere-se às atividades e processos de trabalho, com a descrição dos contextos e implementação das intervenções de enfermagem de promoção da saúde mental da pessoa idosa; na quarta parte apresentam-se os principais resultados face ao impacto dessas intervenções;

segue-se uma síntese das questões éticas que mais interpelaram e/ou conduziram durante o estágio, e por fim apresentam-se as considerações finais, destacando as principais limitações, recomendações e sugestões, bem como projetos futuros.

Os anexos descritos ao longo do presente relatório estão contemplados no documento referente aos mesmos.

2. CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA DE PARTIDA

No meu quotidiano da prática de cuidados enquanto enfermeira generalista numa Unidade de Internamento de Neurologia, os idosos com défices cognitivos constituem o principal grupo-alvo das minhas intervenções, razão pela qual pretendo desenvolver o projeto junto desta população, aprofundando competências enquanto Enfermeira Especialista de Saúde Mental, designadamente em termos da implementação de intervenções de maior complexidade.

O processo de envelhecimento demográfico que estamos a viver lança enormes desafios individuais e coletivos, com tradução no desenvolvimento económico do país. A saúde física e a saúde mental são indissociáveis e influenciam-se de modo profundo e complexo (WHO, 2002). A saúde mental é uma dimensão essencial para o bem-estar geral das pessoas ao longo de todas as etapas do ciclo vital, designadamente na anciania que, fruto do processo de envelhecimento e determinantes psicossociais a ela associados, constitui um período de vulnerabilidade.

De acordo com o Pacto Europeu da Saúde Mental, a saúde mental é um direito humano que permite aos cidadãos usufruir de bem-estar, qualidade de vida e saúde e, reconhece que o envelhecer pode implicar alguns riscos para a saúde mental e bem-estar, encarando-a como uma das cinco áreas de ação prioritária (WHO, 2008).

Decorrente do processo fisiológico do envelhecimento surge o declínio gradual das funções cognitivas, devendo ser cuidadosamente avaliado o seu grau de gravidade e impedir a sua evolução. As funções cognitivas das pessoas idosas, mesmo quando detêm défice cognitivo, podem melhorar através do recurso a intervenções precoces, como a estimulação intelectual, física e emocional (Clara, 2011).

Torna-se importante promover e manter a saúde mental dos idosos, em geral, incluindo aqueles que apresentam défices cognitivos ligeiros fruto do processo de envelhecimento normal ou de uma situação de doença, o que implica “disponibilizar medidas para promover a saúde mental e o bem-estar nos idosos que recebem cuidados (médicos ou sociais), tanto na comunidade como nas instituições” (Relatório Geral sobre a Atividade da União Europeia, 2008, p.5).

Não obstante, ao nível da prevenção primária regista-se uma enorme carência de intervenções sistemáticas neste âmbito, designadamente de intervenções de cariz não farmacológico. A análise da situação atual em Portugal regista uma resposta escassa às

necessidades dos grupos vulneráveis, bem como um défice em ações de promoção da saúde mental e prevenção da doença (ACS, 2008. Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016).

De acordo com o Atlas of Mental Health Nurses (WHO, 2007), os enfermeiros de saúde mental constituem um recurso importante para a saúde mental das populações, intervindo aos três níveis de prevenção, vindo por essa via reforçada a sua responsabilidade tanto no desenvolvimento dos cuidados como na garantia do acesso aos mesmos.

O Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (ACS, 2011) sugere que as intervenções devem basear-se nos princípios da autonomia, participação ativa, autorrealização e dignidade da pessoa idosa, serem desenvolvidas no contexto familiar, nos locais de trabalho e lazer, na comunidade e, nas instituições de acolhimento (por ex., lares).

No que se refere às intervenções de promoção da saúde mental dos idosos, assume particular relevância direcionar e modificar fatores de risco tais como a ansiedade, bem como fatores de proteção, nos quais se incluem a autoestima e o bem-estar (CAMH & Toronto Public Health, 2010).

Neste âmbito, este organismo destaca ainda, a importância de determinar as necessidades em saúde do idoso, avaliar os fatores determinantes da saúde que podem ser modificados, desenvolver um plano para melhorar os fatores de proteção e, reduzir os fatores de risco.

2.1. Finalidade e Objetivos do Estágio

Com base na problemática de partida aqui apresentada, a avaliação e compreensão abrangente das necessidades em cuidados da pessoa com défice cognitivo ligeiro constitui um imperativo. Assim, como assume particular relevância o desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas e psicoeducativas mobilizando dinâmicas próprias aos contextos e, eficazes na promoção da saúde mental dos idosos (OE, 2010).

Definiu-se então a seguinte finalidade para o estágio de enfermagem de saúde mental e psiquiatria:

- Conceber, desenvolver e avaliar intervenções de enfermagem promotoras da saúde mental da pessoa idosa com défice cognitivo ligeiro.

No sentido da sua obtenção traçaram-se os seguintes objetivos:

- Desenvolver conhecimentos relativos às intervenções promotoras da saúde mental da pessoa idosa com défice cognitivo;
- Conceber estratégias e instrumentos de apoio ao desenvolvimento das intervenções;
- Monitorizar o estado de saúde mental da pessoa idosa com défice cognitivo;
- Identificar contributos das intervenções para a saúde mental dos idosos;
- Avaliar a implementação das intervenções ao nível dos resultados e do processo;
- Efetuar um balanço das competências especializadas desenvolvidas.

3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

3.1. Envelhecimento e Déficit Cognitivo

A população da União Europeia está a envelhecer, fruto do aumento da esperança média de vida, que traduz os progressos da medicina e a melhoria das condições de vida, mas constitui um desafio para a sociedade, para o sistema de saúde e de proteção social. Aspecto que vai de encontro à realidade Portuguesa em que a esperança média de vida tem aumentado a um ritmo regular, verificando-se concomitantemente, o aumento da percentagem de pessoas idosas¹. Este fenómeno reflete-se a nível socioeconómico, com impacto nas políticas sociais e de sustentabilidade e a nível individual, através da adoção de novos estilos de vida (INE, I.P., 2011).

Em Portugal, cerca de 19% da população é idosa, o índice de envelhecimento aumentou em relação a 2001, passando de 102 para 129, o que significa que por cada 100 jovens há hoje 129 idosos, concentradas nas regiões do Alentejo e Centro. De forma similar, verificou-se o agravamento do índice geral de dependência, que se correlaciona com o aumento de índice de dependência dos idosos de 24 para 29 entre 2001 e 2011 (INE, I.P., 2011).

O Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI), define o envelhecimento humano como um processo de mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social, que se desenvolve ao longo da vida (DGS, 2004). Rendas (2001, p.50) destacam o carácter único e multifatorial do envelhecimento, afirmando que consiste num “ somatório de processos intrínsecos, geneticamente determinados, de fatores ambientais, de diferenças nos estilos de vida e dos efeitos da doença”.

As alterações corporais inerentes ao envelhecimento têm repercussões psicológicas, verificando-se mudanças a nível das atitudes e comportamentos. De acordo com Sequeira (2010, p. 23) “ a forma como cada um se vê e se sente inserido, com as suas características peculiares, é fundamental na sua interação com o meio e, consequentemente, na obtenção de um maior ou menor grau de satisfação e bem-estar”. Assim, deve-se ter em conta o equilíbrio entre as limitações e as potencialidades da

¹ Pessoa idosa – pessoa com 65 anos ou mais anos (INE, 2011)

pessoa, de forma a minimizar as perdas associadas a este processo dinâmico e complexo. Por outro lado, a história de vida de cada pessoa, os seus valores e o contexto social onde se encontra inserido são também determinantes para um envelhecimento bem-sucedido.

O envelhecimento compromete progressivamente o corpo e a cognição e pode acompanhar-se de uma lentificação do processamento de informação e uma menor capacidade de evocação na memória episódica (Cancela, 2007; Santana & Cunha, 2005; Pinho, 2008). Segundo Santana & Cunha (2005, p.13) esta “lentificação é considerada normal desde que não acompanhada de outros defeitos”. Estes défices devem ser cuidadosamente avaliados, no sentido de perceber a sua gravidade e impedir a sua evolução para quadros mais graves, entre os quais a demência.

Podemos afirmar que para a maioria dos idosos, “a deterioração global e pouco pronunciada da memória ou de algumas capacidades intelectuais (...) não perturbam completamente as atividades diárias e, deixam espaço para a evolução e aprendizagem” (Phaneuf, 2010, p. 25), na medida em que a natureza gradual da deterioração admite a readaptação e a salvaguarda dos conhecimentos gerais do idoso, constituindo-se como suporte à resolução de problemas, à automatização de tarefas e, à manutenção do ambiente e rotinas familiares.

Contudo, é difícil determinar a fronteira entre o processo normal de envelhecimento e uma perturbação psicopatológica como a síndrome demencial (Fontaine, 2000; Petersen, 2004; Pinho, 2008). Neste intermédio pode surgir o declínio cognitivo relacionado com a idade (DCRI) e o défice cognitivo ligeiro (DCL). Assim, entende-se que no DCRI embora se verifique um declínio objetivamente identificável do funcionamento cognitivo decorrente do processo de envelhecimento, este situa-se entre os limites normais esperados para a idade, sendo que “o défice cognitivo não prejudica o funcionamento social ou ocupacional, e não é explicado por uma perturbação mental específica ou situação neurológica” (Pinho, 2008, p.26). Já no que se refere ao DCL define-se como uma “deterioração cognitiva superior ao que seria esperado para a idade e o nível educacional do indivíduo que, contudo não interfere, significativamente, no desempenho das atividades de vida diária” (Petersen, 2004; Pinho, 2008, p.27).

De acordo com os critérios de Reisberg et al (1982), o DCL existe quando: os défices mnésicos se tornam objetivos relativamente aos testes de memória; a pessoa começa a estar incapacitada na sua vida diária; o paciente adota uma atitude de negação; a família toma consciência da gravidade da situação.

Assim, é consensual afirmar que as pessoas cujas capacidades cognitivas estejam mais deterioradas do que as esperadas para a idade têm um DCL, sendo as áreas mais frequentemente afetadas as da aprendizagem e da memória, mas podem ainda registar-se problemas de linguagem, visuo-espaciais ou do raciocínio com implicações subtis e de forma intermitente nas atividades da vida diária, capazes de ser resolvidas com esforços suplementares ou abordagens compensatórias (Santana & Cunha, 2005; Spar & La Rue, 2005).

Por seu lado, Cancela (2007) distingue três tipos de défice cognitivo ligeiro: o puramente amnésico ou síndrome amnésica hipocámpica, que a forma mais comum; o défice isolado não mnésico e os défices cognitivos múltiplos.

Os idosos com critérios de DCL podem permanecer estáveis ou, inclusivamente, voltar ao nível cognitivo normal, mas este pode também “constituir uma condição de risco para demência (...) tendo sido determinada uma taxa de conversão anual que oscilou entre os 6 e os 25%” (Pinho, 2008, p. 28), Esta situação decorre do facto de que “existe uma sobreposição das fronteiras entre envelhecimento normal e DCL, bem como entre DCL e doença de Alzheimer” (Petersen, 2004, p.16; Pinho, 2008). Visto que “20 a 30% das pessoas com mais de 60 anos têm defeito cognitivo, a deteção e seguimento de casos com DCL são já uma prioridade, pois estes idosos estarão em risco de desenvolver demência” (Castro-Caldas & Mendonça, 2005), p. 242), aconselhando-se a sua avaliação e monitorização regular, bem como a sua inclusão em programas de estimulação cognitiva dado que a estimulação mental melhora as funções do cérebro e protege contra o declínio cognitivo (Sequeira, 2010; Clara, 2011).

As pessoas com declínio cognitivo, quando treinadas, podem inclusivamente melhorar a sua rentabilidade. Existe evidência recente de que os cérebros idosos podem produzir novos neurónios, novas conexões sinápticas e nova vascularização, embora a plasticidade neural esteja reduzida no envelhecimento (Fontaine, 2000; Nunes, 2008). De acordo com a teoria da neuroplasticidade, pensar, aprender, atuar, altera a estrutura e a organização funcional de todo o cérebro, mesmo em idade avançada, aumentando o número de neurónios cerebrais (Clara, 2011).

Estudos referenciados por Petersen (2004) indicam que as alterações da personalidade são, provavelmente, as mais precoces alterações do comportamento nas pessoas com DCL, com manifestações de humor depressivo, de ansiedade relativamente a acontecimentos próximos, bem como sintomas fóbicos: a pessoa idosa com défice cognitivo “vive uma imensidão de emoções que vão da ansiedade à frustração de não

serem compreendidos nos seus pedidos de ajuda” (Chalifour, 2008, p.234). Assim, verifica-se uma apatia (mais comum), uma diminuição da resposta emocional e da iniciativa, um abandono das atividades de lazer e limitação dos contactos com as pessoas mais próximas com progressivo isolamento (Nunes, 2008).

Envelhecer com saúde, autonomia e independência, constitui um desafio à responsabilidade individual e coletiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países. É necessário pensar em formas de assistência que promovam a manutenção da qualidade de vida do idoso de forma a diminuir a vulnerabilidade física e psicológica (DGS, 2004; Sequeira, 2010).

O envelhecimento, não se reduz a uma visão simplista da saúde, mas deve-se basear na ratificação dos direitos humanos das pessoas mais velhas e, nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização. A responsabilização dos mais velhos pelo seu bem-estar físico, mental e social contribui significativamente para uma sociedade que se pretende ser mais interdependente e solidária entre gerações.

O PNSPI declara que se deve “reduzir as incapacidades, numa atitude de recuperação global precoce e adequada às necessidades individuais e familiares”, prioriza a recuperação global destas pessoas no seu domicílio e quotidiano e destaca a necessidade de realizar ações preventivas que permitam obter ganhos em saúde, nomeadamente anos de vida com autonomia, independência e dignidade no idoso. Estas ações devem ser “realizadas cada vez mais próximas dos cidadãos, envolvendo a comunidade, partilhando responsabilidades e potenciando os recursos existentes” (DGS, 2004, p.3).

De acordo com Soeiro (2010, p.73), apesar das múltiplas medidas face às pessoas idosas “não existe, ainda, uma estratégia nacional, regional e local, verdadeiramente cimentada, que promova o envolvimento das várias medidas numa perspetiva integrada”.

Pelo exposto, importa refletir acerca das formas de assistência que promovem a manutenção da qualidade de vida no idoso de forma a diminuir a vulnerabilidade física e psicológica. Esta problemática tem vindo a adquirir uma maior visibilidade, em grande parte devido aos custos associados constituindo, atualmente, uma preocupação a nível político e de investigação. A nível político devem assumir esta resposta e desenvolver programas que promovam o envelhecimento bem-sucedido, incentivem a coesão e interação familiar e, protejam o idoso de negligência, más práticas, violência física e psicológica (Spar & La Rue, 2005).

Face a este cenário torna-se essencial o desenvolvimento de intervenções de promoção e prevenção da saúde mental, nomeadamente, ao nível da estimulação cognitiva, no sentido de estimular e preservar as funções cognitivas e todas as áreas de vida a elas associadas.

3.2. Promoção da Saúde Mental na Pessoa Idosa

A saúde física e a saúde mental são indissociáveis e influenciam-se de modo profundo e complexo, constituindo a saúde mental uma dimensão essencial para o bem-estar geral das pessoas, incluindo as pessoas idosas, que são um grupo vulnerável fruto do seu processo de envelhecimento e determinantes psicossociais a ele associados (WHO, 2002).

A saúde mental dos idosos é uma das cinco áreas prioritárias de ação assumidas no Pacto Europeu da Saúde Mental (WHO, 2008), que afirma a importância de desenvolver estratégias e disponibilizar meios que promovam e mantenham a saúde mental dos idosos, incluindo aqueles que apresentem défices cognitivos ligeiros, fruto do processo de envelhecimento normal e/ou resultantes de uma situação de doença. Na melhoria da saúde mental no envelhecimento, que se traduz num indiscutível benefício ao nível das consequências estimadas para os diferentes sectores da sociedade civil, assume particular relevância a reorganização das redes de apoio informal, dado que são imprescindíveis para a saúde mental, satisfação e envelhecimento ótimo, promovendo a manutenção da independência e a participação social (Paúl, 2005).

Existe consenso que a saúde mental de uma população é essencial para a saúde geral, mas também aos níveis económico, social e humano. Especialistas na área de saúde mental são assim unânimes, quanto à necessidade de investimento na promoção da saúde mental e prevenção das perturbações mentais.

A promoção de saúde mental é um processo de reforço dos fatores protetores que contribuem para a saúde mental e o bem-estar, bem como de minimização, ou eliminação quando tal é possível, dos fatores de risco (Woodhouse, 2010).

De acordo com a Canadian Mental Health Association (2002, p.9), a saúde mental refere-se “a um sentimento de bem-estar e de controlo sobre a sua vida”, portanto a uma conceção positiva da saúde. São apontados como fatores com uma influência positiva na saúde mental do idoso, a autonomia, o sentimento de controlo sobre a sua vida, o

sentimento de dignidade, o deter objetivos de vida, a saúde física, as relações interpessoais, a espiritualidade e, a capacidade de integrar as perdas e as experiências de vida.

No documento, *Best practice guidelines for mental health promotion programs: Older adults 55+* (CAMH & Toronto Public Health, 2010), enfatizam-se o poder e a resiliência como dois conceitos-chave da Promoção da Saúde Mental. O poder é definido como o sentido de controlo sobre a vida e a capacidade de ser resiliente. A resiliência é definida como a capacidade de gerir ou lidar com a adversidade e o stress de uma forma eficaz e que resulte também num aumento da capacidade de reagir a situações futuras (Joubert & Raeburn, 1998 cit in CAMH & Toronto Public Health, 2010).

Os fatores de risco são entendidos enquanto variáveis ou características associadas à pessoa que a tornam mais vulnerável, podem ser biológicos ou psicossociais, tais como: ansiedade, depressão, stress e angústia, sensação de abandono, abuso e violência. Por seu lado, os fatores de proteção funcionam como amortecedores face às dificuldades, atuando ao nível do bem-estar emocional e reduzindo a possibilidade de desenvolver uma perturbação. Podem ser internos (personalidade, capacidades cognitivas) ou externos (social, económico ou ambiental), favorecem o bem-estar emocional e social, e permitem lidar com os acontecimentos do dia-a-dia. São apontados como fatores protetores a resiliência (estratégias de coping), os sentimentos de satisfação, a autoestima, a sensação de bem-estar, o estilo de vida saudável, bem como o apoio social e o equilíbrio físico, social, emocional, espiritual.

Neste Guia de Boas Práticas (CAMH & Toronto Public Health, 2010) são definidas três finalidades principais para a promoção da saúde mental da pessoa idosa: o aumento da resiliência e dos fatores protetores; a diminuição dos fatores de risco e, a redução das desigualdades com o objetivo de fortalecer e capacitar as pessoas, famílias e comunidades a lidarem com os acontecimentos do quotidiano. Os fatores que mais parecem afetar a saúde mental e bem-estar psicossocial da população idosa são a reforma e/ou a alteração do poder económico (rendimentos mais baixos), as alterações físicas, o mal-estar psicológico e social, uma rede de apoio social deficitária (cuidados ao conjugue, luto e isolamento social²), a solidão, a depressão, o risco de suicídio, a

² **Isolamento Social**- solidão experimentada pelo individuo e percebida como imposta pelos outros e como um estado negativo ou ameaçador (Johnson, et al., 2010, 318).

orientação sexual e a identidade de género. Também Moreira & Melo (2005) apontam como fatores de risco, a perda de relacionamentos, a doença severa, o isolamento social, e a perda de papéis sociais significativos, destacando como fatores protetores, o suporte familiar, os pares e relacionamentos informais, bem como serviços de saúde e sociais.

Neste sentido, na intervenção com idosos, assumem particular relevância a redução do isolamento, a prevenção da depressão e suicídio e, a intervenção em crise (luto, institucionalização, reforma). A Carta de Ottawa (OMS, 1986) definiu cinco estratégias-chave de promoção da saúde: construção de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis; fortalecimento da ação comunitária; desenvolvimento das capacidades pessoais; reorientação dos serviços para a promoção, prevenção e intervenção precoce. Salienta-se que a promoção da saúde deve ser fomentada aos três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária, pois em qualquer nível de prevenção há contributos significativos na redução do risco de incapacidades e de custos financeiros. Exige uma ação intersectorial com forte solidariedade e envolvimento da família e redes sociais, bem como a garantia da acessibilidade aos serviços.

O Modelo Conceptual para a Promoção da Saúde Mental e Prevenção da Doença Mental de D'Amours et al. (2008) conjuga *fatores de prevenção* do Modelo de Albee e *fatores de promoção* do Modelo de MacDonald e O'Hara, elegendo 10 categorias de fatores, sobre os quais é necessário atuar para promover a saúde mental e prevenir a doença mental das populações. As intervenções neste âmbito, visam assim aumentar o efeito dos fatores positivos (protetores), ou seja, os recursos pessoais de base, a autoestima e o apoio social, bem como promover a inclusão social e os ambientes favoráveis; e por outro lado, reduzir a influenciados fatores negativos (vulnerabilidade), sejam os fatores biológicos, o stress e as diferenças socioeconómicas, assim como reduzir a exclusão social e os ambientes desfavoráveis.

Partindo desta revisão acerca da promoção da saúde mental e da prevenção da doença mental da pessoa idosa com défice cognitivo, dada a amplitude do conceito e dos fatores relacionados, optámos por nos centrarmos, no decurso do nosso estágio e em relação com a finalidade traçada, nos seguintes fatores/ indicadores: a cognição³, a

³ **Cognição** - processo psicológico com as características específicas: disposição para manter e abandonar ações tendo em conta o conhecimento da pessoal; processo intelectual envolvendo todos os aspetos da percepção, pensamento, raciocínio e memória (CIPE, 2006, p.82).

ansiedade⁴, a autoestima⁵ e, o bem-estar⁶. Estes fatores emergem pela sua relevância na literatura consultada e também pela reflexão sobre o meu quotidiano de prática de cuidados, onde frequentemente observo e identifico nos clientes manifestações relacionadas com os mesmos.

Como refere Sequeira (2010, p.34), somos da opinião de que a procura do bem-estar e de um sentido para a vida assume um particular relevo para a pessoa idosa, pelo que os profissionais de saúde devem incentivar a criação de um projeto/significado de vida, mesmo em contexto de défices”.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011-2016 (ACS, 2011), responsabiliza as autarquias, juntas de freguesia e instituições, pelo conhecimento das necessidades de saúde das populações e similarmente promove o desenvolvimento de iniciativas e projetos promotores da saúde em parceria com os serviços de saúde local e outras instituições. Considera os cidadãos, as instituições e a comunidade como responsáveis pela promoção e proteção da saúde. Este PNS prevê como estratégia para a saúde a promoção de contexto favorável à saúde, ao longo do ciclo de vida, considerando o Sistema de Saúde e os contextos saudáveis como fatores protetores e estratégia fundamental para que o crescimento da população idosa não seja proporcional ao aumento da doença crónica.

⁴ **Ansiedade** - emoção com as características específicas: sentimentos de ameaça, perigo ou angústia sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da autoconfiança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula (CIPE, 2006, p.85).

⁵ **Autoestima** - autoimagem com as características específicas: opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades, verbalização das crenças sobre si próprio, confiança em si, verbalização de autoaceitação e de autolimitação, desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva (CIPE, 2006, p.80).

⁶ **Bem-estar** - saúde com as características específicas: imagem mental de se sentir bem, de equilíbrio, contentamento, amabilidade e alegria e conforto, usualmente demonstrada por tranquilidade consigo próprio e abertura para as outras pessoas ou satisfação com a independência (CIPE, 2006, p.95).

3.3. Intervenções de Enfermagem na Pessoa Idosa com Défice Cognitivo

De acordo com Johnson et al. (2010, p.12) a intervenção de enfermagem é definida como “qualquer tratamento baseado no julgamento clínico e no conhecimento, que é feito por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente/cliente”. Por seu lado, o Conselho Internacional de Enfermagem (ICN, 1987, citado por Royal College of Nursing, 2003) define intervenção de enfermagem como toda a ação desenvolvida em resposta a um diagnóstico de enfermagem com vista a produzir um resultado esperado.

De um modo mais amplo, o Royal College of Nursing (2003) afirma que as intervenções de enfermagem visam capacitar as pessoas, ajudando-as a atingir, manter ou recuperar a independência. São simultaneamente um processo intelectual, físico, emocional e moral que inclui a identificação de necessidades de enfermagem, as intervenções terapêuticas e os cuidados pessoais, a informação, a educação, o conselho e advocacia, assim como o suporte físico, emocional e espiritual.

De acordo com a legislação portuguesa, no Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (OE, 2005) as intervenções de enfermagem diferenciam-se em interdependentes e autónomas, sendo que as primeiras se referem a intervenções iniciadas por outros técnicos, por exemplo, uma prescrição médica, cuja responsabilidade pela implementação é do enfermeiro. As intervenções autónomas são auto iniciadas pelos enfermeiros, portanto resultantes da sua prescrição “com base numa abordagem holística do individuo ou grupo e devem ser orientadas para detetarem problemas precocemente (reais ou potenciais), resolver ou minimizar os problemas identificados e evitar os riscos acessórios” (Sequeira, 2006, p. 44).

De acordo com Lopes (2006, p.85), podemos definir como intervenções terapêuticas “o conjunto de intervenções específicas de enfermagem e com potencialidades terapêuticas demonstradas”, sendo o processo de enfermagem “o encadear lógico das ações destinadas a responder às necessidades, e as intervenções terapêuticas, como o conjunto dos atos específicos com potencialidade terapêutica” (Lopes, 2006, p.93).

Tendo por referência o Royal College of Nursing (2003) a intervenção terapêutica de enfermagem designa a intervenção que visa um impacto positivo na saúde física ou mental do individuo, grupo ou comunidade, segundo uma conceção positiva da saúde,

isto é, não se restringindo à mera ausência de doença. Por exemplo, os enfermeiros usam intervenções terapêuticas para aumentar ou facilitar a saúde e o bem-estar.

É neste âmbito, que situamos as intervenções de enfermagem promotoras de saúde mental da pessoa idosa com défice cognitivo ligeiro (PSMPIDCL) que desenvolvemos ao longo da nossa experiência clínica em contexto de estágio: intervenções terapêuticas, autónomas, de enfermagem.

Teve-se ainda presente que as intervenções de enfermagem têm como finalidade ajudar a pessoa a manter, melhorar e recuperar a saúde, atingindo a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. Assim como o facto do exercício profissional de enfermagem se centrar na relação interpessoal entre o enfermeiro e o cliente, sendo esta relação terapêutica caracterizada pela parceria com o cliente e pelo respeito das suas capacidades (OE, 2002).

Sustentando-nos em Lopes (2006), destacamos ainda que o conceito de interação tem implícito o potencial terapêutico, bem como os contextos na qual os cuidados acontecem, constituindo os contactos entre o enfermeiro-cliente ocasiões durante os quais transferências e/ou trocas de informação, energia e afeto/humanidade ocorrem.

Torna-se então particularmente importante, garantir a qualidade da relação com as pessoas idosas que apresentam défices cognitivos, através de intervenções flexíveis e adaptáveis às características específicas da pessoa, do interveniente, do contexto e tipo de relação.

Na conceção das intervenções especializadas de enfermagem promotoras da saúde mental da pessoa idosa com défice cognitivo, suportámo-nos no modelo de relação de ajuda profissional proposto por Chalifour (2008), inspirado numa perspetiva Existencial-Humanista, com enfoque particular na abordagem centrada no cliente e na Gestalt terapia. É um modelo de tipo desenvolvimentista, no qual a relação interveniente-cliente constitui um sistema particular, deste modo centra-se no crescimento e mudança e desenvolve-se no tempo.

A este modelo está subjacente a tendência individual para o crescimento e adaptação que a pessoa possui, onde os elementos emocionais são mais evidenciados que os aspetos intelectuais no sentido de dar relevância à situação atual, centrada na relação terapêutica em si mesmo como uma experiência de crescimento.

Três premissas são formuladas, a primeira relativa à pessoa ajudada enquanto ser com recursos latentes que lhe permitem atualizar permanentemente as suas características, mas cuja vivência de dificuldades a podem privar (temporária ou

permanentemente) de as reconhecer, aceitar ou viver plenamente; a segunda à dimensão relacional do ser humano (com o ambiente físico e humano, com o ambiente externo e interno) da qualidade da qual depende o modo como o homem percorre o seu caminho; e, finalmente a terceira, relativa ao interveniente que favorece esta relação, cuja base das intervenções terapêuticas está na expressão consciente das suas qualidades humanas, pessoais e profissionais, destacando-se o lugar da autenticidade, a empatia e o respeito incondicional no acolhimento do cliente de tal modo que este se possa desenvolver e conduzir a sua vida de acordo com a sua natureza, e quando tal seja necessário, suprir as suas capacidades (Chalifour, 2008, 2009).

Em suma, a pessoa do cliente é entendida como um fim em si mesmo, é digna de confiança, tem capacidade de se desenvolver, se para tal estiverem reunidas condições favoráveis. Neste âmbito, o idoso é considerada como um parceiro nos cuidados de enfermagem, com os seus recursos, limitações, valores, e sua história de vida, cabe ao profissional favorecer e criar as condições necessárias para que o cliente (pessoa idosa) percorra o seu caminho no sentido da atualização ideal dos seus recursos.

Segundo Sequeira (2010, p.34), importa intervir junto dos idosos de forma a prolongar a vida com autonomia, dignidade, com a máxima independência e, sempre que possível, sem morbilidade, pelo que “investir na promoção da saúde através da adoção de estilos de vida saudáveis, na prevenção da doença e no diagnóstico precoce” constitui um imperativo. O diagnóstico não deve incidir unicamente nas situações de doença, mas em todas as determinantes da morbilidade associadas ao contexto do idoso para que as intervenções a desenvolver tenham um efeito preventivo e terapêutico eficiente. Devem ser suportadas numa matriz das preferências individuais de modo a proporcionar bem-estar emocional e psicológico.

No que se refere às intervenções específicas de prevenção do DCL, Nunes (2008, p. XV) refere-se a intervenções de combate ao sedentarismo, de melhoria dos hábitos alimentares, de participação em passatempos e hobbies, bem como de criação de redes sociais e de solidariedade. Também Moreira & Melo (2005) defendem que as estratégias de intervenção para idosos passam pelo aumento do suporte social, introdução e envolvimento em novas atividades, envolvimento familiar e políticas de apoio social e clínico.

Para Phaneuf (2010) os principais objetivos das intervenções na pessoa idosa com alterações cognitivas, são conservar e manter o maior tempo possível as suas aquisições e favorecer novas aprendizagens, refrear e retardar as perdas ou compensar os défices,

favorecer a criação e manutenção dos laços significativos com o seu ambiente humano e físico, de modo a retirar os recursos necessários à satisfação das suas necessidades e, contribuir para a criação de um ambiente no qual possa viver em bem-estar.

Várias terapias e técnicas são referenciadas na literatura relativamente às intervenções terapêuticas a desenvolver no âmbito do DCL, pela sua importância e unanimidade destacamos a estimulação cognitiva, recorrendo à terapia de orientação para a realidade, terapia da reminiscência, terapia em grupo, a música e movimento.

A “estimulação das funções cognitivas, tem como objetivo permitir manter as faculdades intelectuais do idoso” (Clara, 2011, p.40), e referem-se às atividades que “preservam a memória, e estimulam e/ou desenvolvem as faculdades intelectuais de cada indivíduo” (Grilo, 2009, p.134). Vários estudos demonstraram que os idosos podem melhorar as funções cognitivas quando sujeitos ao treino de estimulação intelectual, física e emocional, com estratégias que promovam o raciocínio e a memória. Assim preconiza-se por um lado, o envolvimento em atividades intelectualmente estimulantes, a prática de ginástica mental, o exercício físico, a manutenção e alargamento das ligações sociais, por outro lado evitar o neuroticismo, isto é, a depressão, a ansiedade, a raiva, os complexos de culpa e a vergonha. Devem-se fomentar as relações, a participação em reuniões e atividades de grupo, bem como também desenvolver atitudes positivas em relação a si próprio e ao mundo que o rodeia (Grilo, 2009; Clara, 2011).

A *terapia de orientação para a realidade* (TOR) foi desenvolvida por James Folson, visa a reaprendizagem da informação sobre a orientação, melhorando simultaneamente o sentido de controlo e a autoestima. Consiste num conjunto de técnicas simples, que para uma melhor eficácia deve ser aplicada de modo formal, através das quais se proporciona informação básica, que ajuda a pessoa a identificar e situar-se no tempo, no espaço, na habitação, quanto ao clima, às refeições, aos participantes, à informação pessoal e acontecimentos históricos passados (Guerreiro, 2005; Sequeira, 2010). Tem com o objetivo primário manter a pessoa orientada e evitar a perda de capacidades preceptivas. A TOR “influencia positivamente o desempenho cognitivo, com maior efeito nas capacidades verbais (...) na atenção, no interesse pelo ambiente, no nível de interação social e no funcionamento intelectual” (Guerreiro, 2005, p.133).

A *terapia da reminiscência* (TR) foi desenvolvida por Woods, sendo a estimulação da memória efetuada através da memória remota, pelo uso da lembrança ou evocação de eventos passados, sentimentos e pensamentos para facilitar o prazer, a qualidade de vida ou a adaptação a circunstâncias atuais (Johnson et al., 2010). De acordo com Phaneuf

(2010, p.168), a terapia da reminiscência tem como objetivos “a estimulação das faculdades cognitivas e de reforço dos laços afetivos que parecem atenuar-se”. Pode ser realizada individualmente ou em grupo. É através da memória que se constrói a identidade social da pessoa, tendo as reminiscências um elevado valor social e relacional, imprescindível para um envelhecimento saudável. Várias pesquisas mostraram melhoria no bem-estar psicológico após intervenções de reminiscência (National Guideline Clearinghouse, 2008). Também Stinson (2009) estudou o efeito da reminiscência em grupos estruturados com implicações na melhoria do bem-estar dos idosos.

A *terapia em grupo* tem múltiplas vantagens. Entende-se como grupo o “conjunto de pessoas com algum tipo de interdependência na tentativa de realização de objetivos individuais, com ligações entre elas mediante um objetivo fundamental que lhes é comum” (Fritzen, 2009, p.63). Segundo Guerra & Lima, 2009 (p.126) uma das razões para a utilização da terapia em grupo decorre do facto deste “tipo de abordagem conseguir obter um maior nível de eficácia comparativamente com a abordagem individual”. Para além disso, o trabalho em grupo permite “chegar a um maior número de pessoas de uma só vez” (Townsend, 2011, p.168) e concomitantemente “colmatar a falta de suporte social” (Guerra & Lima, 2009, p.22). Quanto à dimensão os autores recomendam “uma composição de 7 ou 8 membros cria um clima favorável para a interação e desenvolvimento de relações ideais entre o grupo” (Townsend 2011, p.169), contudo esta deve ser sempre adequada em função do trabalho a realizar e das características dos elementos do grupo. Como vantagem para os grupos fechados é apontada a coesão do grupo e emergência de um clima de confiança e intimidade propício ao desenvolvimento dos seus elementos e, que, poderiam ser ameaçados com saída ou entrada de elementos (Guerra & Lima, 2009).

Andrade et al. (2010) realizaram um estudo de terapia comunitária em idosos, identificando como estratégia eficiente a partilha de vida dado que reduz o sofrimento emocional e favorece a recuperação de vínculos familiares e sociais, bem como a recuperação da autoestima. Os autores referem-se ainda à estratégia de fortalecimento pessoal decorrente do espaço de partilha e de expressão de sentimentos e emoções. Concluem afirmando que os momentos de exteriorização, confidências e partilha de intimidades têm um poderoso efeito terapêutico.

No trabalho em grupo é frequente recorrer-se a *técnicas de quebra-gelo*, geralmente na fase inicial do grupo, visto que tem como objetivo diminuir a tensão psíquica, promover um momento de relaxamento e o estabelecimento de interação social.

A *atividade rítmico-musical* é uma associação estruturada das faculdades mentais, emotivas e corporais, que se traduzem em importantes ações no desenvolvimento da coordenação, harmonia e personalidade, abrangendo a obtenção de objetivos funcionais, relacionais e cognitivos, em contexto lúdico e socializante. Esta atividade diminui a agressividade, promove o bem-estar e segurança, favorece o relaxamento e harmonia entre a mente, o corpo e, o espírito. É uma linguagem do tempo e do espaço, desprovida de limites e fronteiras políticas e culturais, dando, por isso, a possibilidade de conhecer culturas e expressões de épocas passadas e favorecendo a interculturalidade. A sensação do corpo em movimento favorece a estruturação do esquema corporal e, melhora a coordenação segmentar, ou seja, a capacidade de utilizar os quatro membros de forma independente, contribuindo para a tomada de consciência do próprio esquema corporal. Como resultados terapêuticos destacamos, pela sua importância para o presente trabalho, a aquisição de conceitos relativos ao espaço e orientação e, ao tempo e à estrutura rítmica, a promoção das relações interpessoais e da integração social e a estimulação da autoestima (Andrade & Pedrão, 2005; Fernandes, 2006; Padovan, 2010)

Deve-se adaptar o tipo de música face aos objetivos delineados. A música clássica facilita o relaxamento e bem-estar, contribui para a diminuição da ansiedade e agitação. Concomitantemente, promove a expressão de sentimentos e emoções, a integração social, melhoria dos níveis de atenção e concentração e, facilita a expressão (verbal e não-verbal) (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 2007; Cardoso, 2010).

Estudos realizados em contextos de cuidados geriátricos, revelam que o recurso à música como terapêutico, pois facilita a reflexão, a comunicação, bem como a interação social (Cardoso, 2010).

A revisão da literatura cuja síntese aqui foi apresentada, a minha história pessoal e competência profissional, de onde decorrem o meu interesse e conhecimento relativamente à pessoa idosa, constituíram-se a base de sustentação, a par com a qualidade do vínculo terapêutico, que me permitiram conceber e desenvolver intervenções psicoterapêuticas adaptadas às necessidades específicas deste grupo-alvo. Neste sentido, as intervenções visaram a saúde, com repercussões a nível do bem-estar e da interação social da pessoa idosa com défice cognitivo, assentaram numa matriz de promoção da saúde mental, recorreram a terapias e técnicas diversificadas e visaram um impacto ao nível da capacidade cognitiva, da ansiedade e da autoestima dos clientes.

4. ACTIVIDADES E PROCESSOS DE TRABALHO

Com o estágio pretendi adquirir e desenvolver competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental (EEESM), designadamente no que se refere à prestação e gestão de cuidados de âmbito psicoterapêutico, socio terapêutico, e psicoeducativo (OE, 2010). Neste sentido, acedi aos recursos (humanos e estruturais) que existiam nos locais de estágio, de forma a intervir num espaço terapêutico. Partindo da observação, centrando-me na relação terapêutica, usando a criatividade e a reflexão na ação, de modo a atingir a finalidade e objetivos definidos.

Ao longo do estágio, que decorreu em dois contextos (anexo I), integrei e desenvolvi diferentes atividades, sob orientação e supervisão de enfermeiras peritas na área, a professora da Escola e as Orientadoras Clínicas. O acompanhamento e a supervisão através de reuniões formativas em grupo e individuais, foram fulcrais para o meu progresso.

O primeiro momento de estágio realizou-se na Casa de Saúde da Idanha (CSI), Unidade de Gerontopsiquiatria e Reabilitação Cognitiva, de 26 de Setembro a 25 de Novembro de 2011. Este serviço foi selecionado por reunir condições favoráveis ao desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem de saúde mental, na área de gerontopsiquiatria, em particular ao nível das intervenções terapêuticas vocacionadas para pessoas idosas com défices cognitivos, que aí se desenvolvem de modo sistematizado. Tive como principal intuito aprender a desenvolver essas intervenções, primeiro pela observação e depois pelo treino com supervisão.

Pode-se referir que em certa medida, a CSI, constituiu um tempo e um espaço de formação, isto é, de criação das condições (competências técnicas, científicas e éticas) que permitiram levar a cabo a implementação com segurança das intervenções concebidas, desenvolvidas e avaliadas no segundo contexto de estágio. Este decorreu na Mansão Santa Maria de Marvila (MSMM), de 28 de Novembro de 2011 a 10 de Fevereiro de 2012, instituição que acolhe um grande número de idosos com necessidades ao nível da promoção da saúde mental não cobertas, situação comum à maioria das instituições desta natureza, dada a escassez de ações e intervenções sistematizadas neste âmbito. Neste sentido, pretende-se inovar com este trabalho, por um lado proporcionando às pessoas idosas intervenções sistematizadas de enfermagem de saúde mental de cariz psicoterapêutico cumprindo os requisitos de segurança e qualidade indispensáveis, e, por

outro sensibilizar a instituição e a equipa para a pertinência e ganhos em saúde decorrentes destas intervenções, bem como esclarecer sobre o recurso que constituem os cuidados de enfermagem.

Farei de seguida uma breve caracterização dos contextos relativamente à finalidade preconizada para este estágio - conceber, desenvolver e avaliar intervenções de enfermagem promotoras da saúde mental da pessoa idosa com défice cognitivo ligeiro (PSMPIDCL).

Pela natureza, mais interventiva no segundo contexto, desenvolvem-se de modo mais extenso as atividades e processos de trabalho, para as quais contribuíram de modo manifesto, as aprendizagens adquiridas na CSI.

4.1. Casa de Saúde da Idanha – Unidade de Gerontopsiquiatria e Reabilitação Cognitiva

A CSI, cuja ação se desenvolve em torno da prevenção, do tratamento e da reabilitação de pessoas no âmbito dos cuidados de saúde mental e psiquiatria, foi fundada em 1894 por S. Bento Menni e, pertence à Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus regendo-se pelo Carisma Hospitaleiro e pelo critério da centralidade da pessoa doente. Possui 9 unidades de internamento, 2 residências apoiadas e 4 residências autónomas, perfazendo uma lotação de 500 camas. Dados de 2004 revelam que 39.4% da população é portadora de deficiência mental e desta 17.25% têm idade superior a 65 anos (CSI, 2008).

Usufri de estruturas técnico-assistenciais, de reabilitação e sócio terapêuticas para o desenvolvimento de programas assistenciais que desenvolve através de equipa multidisciplinar, contemplando uma intervenção terapêutica segundo os aspetos biológicos, psíquicos, sociais, humanos, espirituais e ético-relacionais.

A Unidade de Gerontopsiquiatria e Reabilitação Cognitiva, conhecida como Unidade Maria Josefa (UMJ), foi criada em Junho de 2005 com objetivos de: 1) promover uma assistência integral a doentes idosos com doença psiquiátrica; 2) potenciar a autonomia e integração social dos indivíduos através de estimulação e reabilitação cognitiva; e 3) intervir junto da família enquanto entidade de cuidados. É uma unidade de internamento, destinada maioritariamente a pessoas com demência, com uma dotação de 25 camas, 10 para alívio programado da família e 15 para controlo sintomático. O

programa para alívio da família contempla o internamento dos clientes por um período de 3 meses e permite evitar a morbilidade psíquica reativa dos cuidadores, bem como fortalecer e capacitar a família para voltar a receber a pessoa em casa, evitando assim a sua institucionalização. O controlo de sintomas físicos e psíquicos decorrentes da doença é de particular importância dado o seu carácter incapacitante e limitativo ao nível da interação social e familiar. Os cuidados desenvolvidos pela equipa multidisciplinar são dirigidos ao idoso e à sua família, esta última beneficia de apoio psicológico e de psicoeducação.

A equipa é constituída por médico psiquiatra e de medicina interna, enfermeiros, psicóloga, terapeuta ocupacional, psicomotricista, fisioterapeuta, assistente social, terapeuta da fala, assistentes operacionais e pastoral da saúde. Os cuidados são organizados de acordo com o modelo do gestor de caso, sendo da responsabilidade da enfermeira Chefe, que congrega o conhecimento global dos idosos, a apresentação da situação clínica e proposta de plano de cuidados. O planeamento da alta inclui o levantamento e ativação dos recursos familiares e comunitários, assim como a articulação com as equipas da comunidade.

As intervenções desenvolvidas contemplam intervenções técnicas individuais e intervenções terapêuticas de grupo, designadamente sessões de terapia de orientação para a realidade, de estimulação do auto cuidado, de terapia da reminiscência, de estimulação cognitiva, de psicomotricidade, de estimulação das capacidades linguísticas, de estimulação sensorial, de psicoterapia de grupo e atividades lúdicas por exemplo mediadas pelo cinema.

Estando a UMJ vocacionada para a estimulação e reabilitação cognitiva, as estratégias de intervenção desenvolvidas nesta unidade, concentram-se na avaliação do grau de dependência e défice cognitivo, no planeamento de intervenções individualizadas, tais como a estimulação cognitiva, no treino de funções executivas, com transposição posterior para o contexto real.

Destaco de seguida as principais atividades e processos de trabalho por mim desenvolvidos neste contexto, organizados segundo os objetivos preconizados para este estágio que foram mais solicitados.

- Desenvolver conhecimentos relativos às intervenções PSMPIDCL:
 - o Integração e participação nas reuniões da equipa multidisciplinar;
 - o Reuniões com peritos na área;

- Visita guiada aos Ateliers sócio terapêuticos, pela terapeuta ocupacional;
 - Conferência “ A importância das narrativas na Saúde Mental” integrada na Semana da Saúde Mental da CSI (10/10/2010);
 - III Jornadas Ibéricas sobre a Doença de Alzheimer (22/10/2010);
 - Conferência Internacional sobre Enfermagem Geriátrica (28/10/2011);
 - Simpósio “Envelhecimento: Reflexões e Práticas” (02/11/2011);
 - I Fórum CSI: Qualidade Assistencial (11/11/2011).
- Conceber estratégias e instrumentos de apoio ao desenvolvimento das intervenções;
- Conhecer material de estimulação psicomotora e jogos didáticos adequados às pessoas desta faixa etária;
 - Conhecer e manusear instrumentos de apoio ao desenvolvimento das intervenções psicoterapêuticas (instrumento de monitorização das actividades de grupo de estimulação cognitiva, psicomotricidade, expressão pela arte, terapia de orientação para a realidade, terapia da reminiscência, estimulação sensorial/snoezelen, atividades lúdicas de grupo; estrutura de planos de sessões);
 - Participação na intervenção psicoeducativa em grupo (fechado) dirigida aos cuidadores de pessoas com demência. Esta intervenção teve como finalidade capacitar os cuidadores, no sentido de prevenir o burnout e promover a troca de experiências;
 - Observação participante de intervenções psicoterapêuticas individuais e em grupo (terapia de orientação para a realidade; atelier de música; avaliação da psicomotricidade; sessões de estimulação cognitiva através de jogos);
 - Desenvolvimento de intervenções de enfermagem PSMPIDCL, experienciar a condução de um grupo em colaboração com a colega de estágio (co-terapeuta), com a supervisão da Orientadora Clínica e Professora.
- Monitorizar o estado de saúde mental da pessoa idosa com défice cognitivo ligeiro:
- Consultar processos clínicos;
 - Pesquisar sobre instrumentos utilizados, instruções para a sua aplicação;

- Aplicar sob supervisão instrumentos (Mini Mental State; Índice de Barthel; Escala de Autoestima de Rosenberg; Escala de Ansiedade de Hamilton).
- Efetuar um balanço das competências especializadas desenvolvidas.
 - Reuniões formativas com Professora e Orientadora Clínica;
 - Reuniões de auto e heteroavaliação com colega de estágio;
 - Elaborar um diário de campo.

As experiências que vivi neste contexto de estágio permitiram-me adquirir conhecimentos, habilidades e perícias ou seja, competências, ao nível da intervenção especializada de enfermagem com a pessoa idosa com alterações cognitivas e sua família.

Em relação à finalidade traçada para o estágio – conceber, desenvolver e avaliar intervenções de enfermagem PSMPIDCL - considerei a especificidade da relação de ajuda segundo uma abordagem centrada na pessoa idosa, tomei consciência da importância de técnicas comunicacionais como a validação e o feedback sistemático e positivo da informação partilhada. Destaco igualmente o lugar da avaliação prévia e sistemática das necessidades dos clientes e a sua monitorização ao longo de todo o processo de intervenção como pontos fulcrais para o seu desenvolvimento bem-sucedido. Por fim, as intervenções de enfermagem requerem personalização, sistematização, ser direcionadas para os interesses e motivações das pessoas idosas e as sessões em grupo devem seguir uma estrutura que favoreça a progressão e desenvolvimento dos participantes (por exemplo, exercício de quebra gelo, técnicas psicoterapêuticas, síntese e encerramento com resignificação do experienciado).

4.2. Fundação D. Pedro IV - Mansão Santa Maria de Marvila

A Mansão funciona num edifício do século XVII, da freguesia de Marvila, zona de Lisboa Oriental. É um equipamento da Segurança Social, com acordo de gestão desde 2004 com a Fundação D. Pedro IV, Instituição Particular de solidariedade Social que presta serviços na área da infância, das pessoas idosas e da habitação social. A MSMM é constituída por um lar que incorpora uma estrutura residencial para idosos e uma

estrutura residencial para jovens/adultos portadores de deficiência física e/ou mental e, por um serviço de apoio domiciliário, abrange 165 utentes.

A estrutura residencial para idosos organiza-se segundo o grau de autonomia, contando com 3 unidades de idosos autónomos e 5 unidades de idosos dependentes, perfazendo um total de 135 residentes. O Lar visa assim, acolher pessoas idosas, ou outras, cuja situação social familiar, económica e de saúde os impeça de permanecer no seu meio habitual de vida. De entre os diversos objetivos da instituição, destacamos que esta pretende através da prestação de cuidados de saúde e psicossociais, nomeadamente de enfermagem, manter a máxima autonomia e independência da pessoa idosa, assegurando a satisfação das suas necessidades de vida, promovendo o desenvolvimento das suas potencialidades; contribuindo para um processo de envelhecimento ativo e para a criação/ manutenção das redes sociais e relacionais.

Os idosos que integram a estrutura residencial são, maioritariamente, do género feminino, reformados, viúvos com idades compreendidas entre os 65 e 98 anos, de estatuto socioeconómico médio ou médio-baixo e dependentes na capacidade funcional e cognitiva. Do ponto de vista nosológico, constituem um grupo heterogéneo que inclui para além de todo o conjunto de disfunções fisiológicas próprias do processo de envelhecimento e que acentuam o grau de dependência, perturbações do foro psiquiátrico e neurológico, designadamente demências. Um estudo realizado em 2010 revelou que apenas 24% dos utentes da estrutura residencial para idosos, apresentavam funções cognitivas sem indícios de deterioração mental. Na estrutura residencial para Jovens/adultos, 53% dos utentes não apresentavam défice cognitivo e, 27% apresentavam deterioração mental. Cerca de 20% dos utentes não reuniu condições ou demonstrou disponibilidade para aplicação do Mini-Mental State (Félix & Mendes, 2010).

A equipa multidisciplinar é constituída por profissionais da área clínica, da reabilitação e do apoio psicossocial, para além de pessoal auxiliar nas mais diversas tarefas, num total de 130 profissionais (Clínicos, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Dietética, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Ajudantes de Ação Direta, Encarregados Gerais). Em termos de reabilitação a terapia ocupacional, desenvolve os projetos “Musica nos Hospitais” e “Juntar Gerações”, assim como atividades em ateliers, tais como o clube de leitura, o clube de jornal, o grupo de partilha de interesses, o grupo de movimento, as sessões de treino de actividades de vida diária e a jardinagem.

Face às características desta população, maioritariamente idosa com défice cognitivo ligeiro a grave, às suas necessidades em cuidados de saúde mental, bem como à missão e objetivos da instituição e sua sensibilização para esta problemática, foi apresentado o projeto de estágio à equipa. Propus conceber, desenvolver e avaliar intervenções PSMPIDCL, sob supervisão da Orientadora Clínica e Professora visando melhorar a sua função cognitiva, a sua autoestima, interação social e bem-estar, assim como minimizar a sua ansiedade.

4.2.1. Implementação de Intervenções de enfermagem promotoras da saúde mental da pessoa idosa com défice cognitivo ligeiro

Toda a intervenção de enfermagem constituiu uma ação, suportada num juízo clínico, desenvolvida em resposta a um diagnóstico de enfermagem com vista a produzir um resultado esperado. Assim, as intervenções terapêuticas de grupo concebidas, planeadas e desenvolvidas visaram um impacto positivo na saúde mental dos idosos com défice cognitivo ligeiro (Royal College of Nursing, 2003).

Assentes numa matriz de promoção da saúde mental (D'Amours et al., 2008) da qual, conjuntamente com a revisão da literatura, elegeu-se os seguintes indicadores de resultado, ou seja o impacto positivo esperado: 1) funções cognitivas, 2) autoestima, 3) bem-estar, 4) ansiedade e 5) interação social. Pretende-se assim, com estas intervenções incrementar os três primeiros (fatores protetores) e minimizar os 2 últimos (fatores de risco). Neste sentido fez-se uma seleção dos instrumentos a utilizar para caracterizar e monitorizar o estado de saúde mental dos idosos.

As intervenções terapêuticas de grupo foram concebidas e planeadas em conjunto com uma colega de estágio, sendo desenvolvidas por nós segundo uma lógica de terapeuta e co-terapeuta. Assumi a responsabilidade pela sua implementação, desenvolvimento e avaliação num grupo de pessoas com défice cognitivo ligeiro, com o qual funcionei como terapeuta responsável pela condução do grupo. É este o grupo que caracterizo no âmbito do presente relatório. A seleção dos participantes que integraram o grupo foi efetuada em estreita colaboração e segundo indicação da equipa multidisciplinar que lhes presta cuidados, com o consentimento informado dos idosos que nele participaram.

Uma vez selecionado o grupo, foi monitorizado o seu estado de saúde mental, identificados os diagnósticos de enfermagem mais relevantes e definidos os resultados

esperados. Adequadas as intervenções a desenvolver às suas necessidades específicas (recursos e limitações), elaborados instrumentos de suporte ao seu desenvolvimento (planeamento das intervenções) e de monitorização dos indicadores de processo e de resultado.

Deste percurso faz-se uma síntese nos subcapítulos seguintes.

4.2.1.1. Instrumentos clínicos de caracterização do estado de saúde mental

O *Mini Mental State (MMS)* de Folstein e McHugh (1975), traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro et al (1994), tem como objectivo a avaliação do funcionamento cognitivo, sendo aplicado através de entrevista (anexo II). De fácil aplicação e elevada sensibilidade, é muito útil no despiste de deterioração mental, ao nível das funções cognitivas em idosos (Castro-Caldas & Mendonça, 2005; Nunes, 2008). É o instrumento mais utilizado em rastreios de demência e de defeito cognitivo ligeiro. Este exame avalia oito de onze dos principais aspetos do estado cognitivo, a primeira exige respostas verbais a questões de *orientação, memória e atenção*; a segunda, leitura e escrita cobre *habilidades de nomeação, seguir comandos verbais e escritos, escrever uma frase e copiar um desenho* (polígonos) omitindo a abstração, julgamento e expressão.

O resultado do MMS pode variar de um mínimo de 0 até um total máximo de 30 pontos, mas como a idade e o nível educacional se associam de forma significativa com o desempenho dos idosos no MMS definiram-se, para a população portuguesa, os seguintes valores de corte a partir dos quais se considera com defeito cognitivo: analfabetos ≤ 15 ; 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22 ; com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27 (Guerreiro e col, 1994).

Como limitação são apontadas o fato de o MMS depender de respostas verbais e escritas, o que pode ser uma limitação para pessoas com alterações visuais, auditivas, analfabetos, ou outras patologias que não permitam a perceção e execução de algumas/todas tarefas da prova.

O *Índice de Barthel (IB)* desenvolvido por Mahoney & Barthel (1965), foi validado para a população portuguesa por Araújo et al. (2007). Permite a avaliação da capacidade funcional pela análise das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e é de fácil aplicação, fiável, pode ser aplicado com frequência, permitindo uma análise longitudinal

(anexo III). Avalia 10 ABVD: alimentação; vestir; banho; higiene corporal; uso da casa de banho; controlo intestinal; controlo vesical; subir escadas; transferência cadeira-cama; deambulação). A sua cotação varia entre 0 a 100 pontos, de forma inversamente proporcional ao grau de dependência, tendo os pontos de corte: 100 (independente); 60-95 (ligeiramente dependente); 40-55 (moderadamente dependente); 20-35 (severamente dependente); <20 (totalmente dependente).

Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) desenvolvida por Rosenberg (1965), avalia a autoestima global, e é constituída por 10 itens, avaliados com uma escala de tipo Lickert variando de 1 a 4: (1) concordo completamente; (2) concordo; (3) discordo; (4) discordo completamente (anexo IV). Nos itens relativos à autoconfiança (1, 2, 4, 6 e 7), a pontuação é invertida. São apresentadas 5 afirmações positivas e 5 afirmações negativas, de forma alternada, reduzindo o risco de resposta direccionada. A sua cotação varia entre os 10 e 40 pontos, a obtenção de uma pontuação alta reflete uma autoestima elevada, um sentimento positivo de si-mesmo e a confiança nas suas capacidades; inversamente baixa pontuação é referente a uma baixa autoestima, autorrejeição, insatisfação e desconsideração de si-mesmo. Sequeira (2006) considera a autoestima diminuída em grau: reduzido (> 30 - <40); moderado (> 20 - <30); elevado (> 15 - <20); muito elevado (> 10 - <15).

Escala de Ansiedade de Hamilton (EAH) foi concebida por Max Hamilton, é relativamente simples, prática e fiável e, quando utilizada em intervalos regulares, permite avaliar o grau de ansiedade, elaborar um perfil de evolução, como também, avaliar a eficácia dos métodos terapêuticos utilizados (anexo V). A escala “permite determinar o grau de intensidade de diferentes manifestações de ansiedade numa pessoa” (Chalifour, 2008, p. 278), subdivididas em manifestações de ansiedade psíquica (humor ansioso, tensões, medos, insónia, disfunção intelectual, humor depressivo) e manifestações de ansiedade somática (sintomas musculares, sensoriais, cardiovasculares, respiratórios, gastrointestinais, génito-urinários e neurovegetativos), assinaladas segundo 4 níveis: 0 (ausente), 1 (ligeiramente), 2 (moderadamente), 3 (frequentemente) e 4 (muito frequentemente/incapacitante). Ao valor da pontuação total corresponde uma classificação da ansiedade: <12 (ansiedade normal); >12 e <18 (reação patológica ligeira); >18 e <25 (ansiedade patológica moderada); e >25 (ansiedade patológica grave) (Chalifour, 2008).

4.2.1.2. Seleção do grupo a caracterização das suas necessidades

O grupo que participou nas intervenções foi selecionado pela equipa multidisciplinar da instituição, responsável pelos seus cuidados e que de acordo com a sua avaliação clínica indicou as pessoas idosas passíveis de beneficiar das mesmas. Para tal foram consideradas quer a natureza das intervenções a desenvolver (de âmbito psicoterapêutico, em grupo), quer os critérios de exclusão definidos (ter défice cognitivo moderado a grave ou que o seu estado de saúde não permitisse participar no grupo).

Foi constituído um grupo terapêutico, fechado, com 8 idosos, de ambos os sexos, a residir em unidades diferentes (lar de idosos autónomos, lar de idosos dependentes), visando aumentar a interação e diminuir o isolamento social, bem como experienciar o grupo como um recurso pessoal de desenvolvimento. O grupo era homogéneo quanto à faixa etária, contexto de vida, necessidades de saúde mental (estimulação cognitiva, promoção da autoestima e bem-estar, redução ansiedade e isolamento social) e, heterogéneo face ao género e vivências, visando uma troca de experiências mais diversificada (Manes, 2001).

Uma vez indicadas as pessoas, foi efetuada com cada, uma entrevista inicial de acolhimento e de colheita de dados (Phaneuf, 2005) segundo uma perspetiva de ajuda. Visando favorecer a emergência de um clima de confiança através do estabelecimento da relação terapêutica e simultaneamente a monitorização do estado de saúde pela aplicação de instrumentos de forma a identificar as necessidades (cognitivas, afetivas e sociais), as potencialidades e motivação de cada idoso.

Nesta entrevista favoreceu-se o consentimento informado, pelo que foram expostos os objetivos das intervenções, duração e estrutura geral, foram esclarecidas dúvidas e constrangimentos, salvaguardando-se o respeito pela decisão tomada.

A aplicação dos instrumentos clínicos permitiu caracterizar o perfil sociodemográfico, o estado de saúde mental dos idosos e identificar as suas necessidades, segundo diagnósticos de enfermagem. Esta informação permitiu a elaboração de planos de cuidados individualizados e a adequação da intervenção a cada idoso.

Na tabela 1 apresenta-se uma síntese das principais características sociodemográficas registadas.

Tabela 1 – Perfil Sociodemográfico dos idosos

| Participantes | Género | Idade | Estado civil | Nível de instrução |
|---------------|--------|-------|--------------|------------------------|
| 1 | F | 91 | Viúvo | Ensino básico 1º ciclo |
| 2 | F | 65 | Solteiro | Ensino básico 1º ciclo |
| 3 | F | 71 | Solteiro | Nenhum |
| 4 | F | 78 | Viúvo | Ensino básico 1º ciclo |
| 5 | F | 75 | Viúvo | Ensino básico 1º ciclo |
| 6 | M | 82 | Casado | Ensino básico 2º ciclo |
| 7 | M | 93 | Casado | Ensino básico 1º ciclo |
| 8 | F | 70 | Divorciado | Ensino básico 1º ciclo |

O grupo constituído por 8 idosos, 6 mulheres e 2 homens, com idades compreendidas entre 65 e 93 anos. Assim, a maioria dos idosos (4 participantes), têm idades compreendidas entre os 70 aos 80 anos, seguida de 2 participantes com mais de 90 anos, um com 82 anos e outro com 65 anos de idade.

Relativamente ao nível de instrução, 1 participante não frequentou a escola, 6 idosos frequentaram o ensino básico 1º ciclo.

Quanto ao estado civil, o grupo é heterogéneo, embora haja um predomínio de viúvos (3 participantes), seguido de 2 participantes casados, 2 solteiros e um divorciado.

No que se refere à caracterização do estado de saúde mental dos idosos com base numa síntese dos resultados obtidos através dos instrumentos aplicados (Tabela 2), constata-se que, no que diz respeito à capacidade cognitiva, 3 participantes (1,2 e 4) apresentam defeito cognitivo, os restantes 5 de acordo com os scores definidos pelo MMS não apresentam defeito cognitivo, contudo todos apresentaram áreas/capacidades alteradas, nomeadamente ao nível da orientação no tempo e no espaço, da evocação e, da habilidade construtiva.

Em relação à capacidade funcional foram avaliadas as ABVD's com o IB, e segundo o qual, todas as pessoas com exceção de uma (participante 7) apresentavam níveis de dependência: a maioria ligeiramente dependentes (participantes 1, 3, 4, 5 e 6); moderadamente dependente (participante 8); totalmente dependente (participante 2).

A autoestima foi avaliada com a EAR, revelou que 5 pessoas apresentavam com autoestima diminuída em grau moderado (participante 1, 2, 3, 4 e 8) e 3 pessoas em grau reduzido (participante 5, 6, e7).

Quanto à ansiedade foi avaliada com a EAH, identificaram-se 6 pessoas com alteração de ansiedade, e que variou desde o grau ligeiro ao grave.

Tabela 2 – Indicadores do estado de saúde dos idosos

| Participantes | <i>Mini Mental State Scores</i> Funcionamento Cognitivo | Índice Barthel Scores Grau Dependência | Escala Rosenberg Scores Autoestima | Escala Hamilton Scores Ansiedade |
|---------------|---|---|---|---|
| 1 | Com defeito cognitivo (Sc:19) | Ligeiramente dependente (Sc:85) | Em grau moderado (Sc:28) | Patológica ligeira (Sc:18) |
| 2 | Com defeito cognitivo (Sc:22) | Totalmente dependente (Sc:5) | Em grau moderado (Sc:22) | Patológica moderada (Sc:21) |
| 3 | Sem defeito cognitivo (Sc:16) | Ligeiramente dependente (Sc:95) | Em grau moderado (Sc:24) | Patológica grave (Sc:31) |
| 4 | Com defeito cognitivo (Sc:17), | Ligeiramente dependente (Sc:70) | Em grau moderado (Sc:25) | Patológica moderada (Sc:23) |
| 5 | Sem defeito cognitivo (Sc:23) | Ligeiramente dependente (Sc:95) | Em grau reduzido (Sc:31) | Patológica ligeira (Sc:16) |
| 6 | Sem defeito cognitivo (Sc:25) | Ligeiramente dependente (Sc:80) | Em grau reduzido (Sc:31) | Normal (Sc:8) |
| 7 | Sem defeito cognitivo (Sc:26) | Independente (Sc:100) | Em grau reduzido (Sc:33) | Patológica ligeira (Sc:17) |
| 8 | Sem defeito cognitivo (Sc:25) | Moderadamente dependente (Sc:45) | Em grau moderado (Sc:28) | Normal (Sc:7) |

Em síntese, a maioria dos idosos do grupo apresenta algum grau de dependência na capacidade funcional e cognitiva, sendo que do ponto de vista nosológico para além das disfunções fisiológicas próprias do processo de envelhecimento, alguns apresentam perturbações do foro psiquiátrico.

Com base na entrevista, na colheita de dados decorrente dos instrumentos clínicos utilizados, na observação em espaços informais de interação, identificaram-se os diagnósticos mais relevantes por participante, tendo em conta critérios de avaliação (anexo VI) e que se sintetiza na tabela seguinte.

Tabela 3 – Diagnósticos de Enfermagem identificados nos idosos

| PARTICIPANTES | DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM |
|---------------|--|
| 1 | <ul style="list-style-type: none"> – Orientação no espaço comprometida em grau ligeiro; – Memória a curto prazo diminuída, em grau moderado; – Autoestima diminuída, em grau moderado; – Ansiedade presente, em grau ligeiro; – Interação social comprometida. |
| 2 | <ul style="list-style-type: none"> – Memória a curto prazo diminuída, em grau moderado; – Autoestima diminuída, em grau moderado; – Ansiedade presente, em grau moderado; – Interação social comprometida. |
| 3 | <ul style="list-style-type: none"> – Orientação no espaço comprometida em grau ligeiro; – Orientação no tempo comprometida em grau ligeiro; – Memória a curto prazo diminuída, em grau moderado; – Autoestima diminuída, em grau moderado; – Ansiedade presente, em grau moderado; – Interação social comprometida. |
| 4 | <ul style="list-style-type: none"> – Orientação no espaço comprometida em grau ligeiro; – Orientação no tempo comprometida em grau moderado; – Memória a curto prazo diminuída, em grau moderado; – Ansiedade presente, em grau moderado; – Autoestima diminuída, em grau moderado; – Interação social comprometida. |
| 5 | <ul style="list-style-type: none"> – Memória a curto prazo diminuída, em grau moderado; – Autoestima diminuída, em grau reduzido; – Ansiedade presente, em grau reduzido; – Interação social comprometida. |
| 6 | <ul style="list-style-type: none"> – Memória a curto prazo diminuída, em grau moderado; – Autoestima diminuída, em grau reduzido; – Interação social comprometida. |
| 7 | <ul style="list-style-type: none"> – Orientação no espaço comprometida, em grau ligeiro; – Orientação no tempo comprometida, em grau ligeiro; – Memória a curto prazo diminuída, em grau moderado; – Autoestima diminuída, em grau reduzido; – Ansiedade presente, em grau ligeiro; – Interação social comprometida. |
| 8 | <ul style="list-style-type: none"> – Orientação no espaço comprometida, em grau ligeiro; – Autoestima diminuída, em grau moderado; – Interação social comprometida. |

4.2.1.3. Conceção e Planeamento das Intervenções

A conceção plano de intervenções de enfermagem de PSMPIDCL suporta-se no conhecimento que emergiu da revisão sistemática da literatura, e numa perspetiva existencial-humanista segundo uma abordagem centrada na pessoa idosa (Chalifour, 2008, 2009). Pondera as necessidades, interesses e motivações dos idosos, alvo de cuidados de enfermagem, nomeadamente, estimular as funções cognitivas, aumentar

autoestima e o bem-estar e minimizar a ansiedade e o isolamento social. Consideraram-se igualmente as características institucionais.

O plano de intervenções foi criado com a finalidade de guiar uma intervenção especializada de enfermagem em saúde mental, visando a PSMPIDCL.

Foi desenvolvido um plano de intervenções sistematizadas de enfermagem de PSMPIDCL, estruturado e constituído por seis intervenções (sessões), com "duração de uma hora e meia" (Manes, 2001, p.11), ao longo de sessões semanais, dirigidas a pessoas idosas institucionalizadas desenvolvidas em contexto de grupo. Uma estrutura-tipo foi desenvolvida no sentido de favorecer a coesão do grupo e a realização das tarefas/ atividades previstas em relação com os efeitos terapêuticos visados: introdução, apresentação individual de cada participante, quebra-gelo, TOR, TR, avaliação e encerramento com re-significação da experiência vivida. Recorremos a mediadores como a música, o movimento, e os trabalhos manuais/ criativos, entre outros, no sentido de estimular as diversas dimensões da pessoa. Privilegiou-se dinâmicas de grupo ativas, solicitando uma intervenção participativa, a partilha de experiências, o feedback recíproco de reforços positivos finalizando com um momento mais informal de socialização.

Para cada intervenção semanal foi elaborado um plano individual onde se enunciam os objetivos terapêuticos específicos, as técnicas e estratégias a desenvolver, os recursos requeridos (material pedagógico e outro) e, os tempos acordados, entre outros elementos.

Foram ainda elaborados instrumentos para a monitorização do processo de desenvolvimento das sessões, que serão brevemente descritos nos parágrafos seguintes. De forma global permitem apreciar a adequação e eficácia de cada sessão, a evolução da cada participante e as suas necessidades específicas, designadamente indicadores de realização de atividades especificamente de estimulação cognitiva, bem como indicadores dos resultados terapêuticos visados relativamente aos diagnósticos de enfermagem presentes.

A *grelha de indicadores* (anexo VII), foi elaborada com base nos objetivos específicos de cada intervenção/ sessão, sendo estes, mensuráveis e fundamentados na Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). Após o término de cada sessão procedia-se ao preenchimento da grelha com base numa avaliação individual de cada participante. Desta forma detinha-se em simultaneamente uma imagem individualizada da evolução de cada cliente, bem como do grupo e de eventuais aspetos a adequar ou alterar no sentido de favorecer a evolução de cada participante e do grupo.

O *Instrumento de Monitorização das Atividades de Grupo de Estimulação Cognitiva* (anexo VIII), permitiu ter um “olhar mais fino” acerca das necessidades e evolução de cada utente neste domínio e, tal como o anterior, era preenchido após cada sessão. Este instrumento monitoriza 10 itens: adesão, atenção/concentração, participação, satisfação, interação, comportamento, discurso (conteúdo, fluência, organização), compreensão, memória (imediata, recente, remota), orientação (pessoal, temporal, espacial). Para cada um dos itens são definidas condutas possíveis, que de um modo geral indicam a sua ausência ou a sua presença de modo desadequado (atribuição valor 0) até à sua presença adequada e pertinente (atribuição valor 2 ou 4 conforme o item/ conduta). Destes, foram particularmente importantes quatro indicadores, respetivamente o de adesão, participação, discurso e interação na medida em que os participantes apresentavam um diagnóstico de enfermagem de *interação social comprometida* relativa à qualidade insuficiente e/ou ineficaz de troca social.

Dos *instrumentos de avaliação das sessões pelos participantes*, um aplicado no final de cada sessão, em que era solicitado a cada participante para se pronunciar, anonimamente, acerca do *contributo da intervenção para a sua saúde e bem-estar*, através de uma escala tipo lickert com 5 medidas: nada (1), pouco (2), moderadamente (3), muito (4), totalmente (5) (anexo IX). Outro instrumento utilizado foi o *Questionário de Satisfação do Cliente* (anexo X), traduzido e adaptado a partir da versão francesa (Charnbon, 1992) do CSQ-8 de Attkisson (1979), com oito questões, cuja resposta é dada através de uma escala tipo lickert com 5 medidas, tal como no instrumento anterior. Este questionário foi aplicado no final do grupo, uma semana após o seu encerramento e, permitiu perceber a satisfação de cada participante e do grupo relativamente aos vários indicadores avaliados agrupados em 3 domínios: Qualidade do Atendimento, questões 1,5 e 7; Adequação às Necessidades, questões 2 e 3; Impacto Positivo na Saúde, questões 4,6 e 8.

No planeamento de cada uma das seis sessões, elegeu-se um tema central, segundo os objetivos terapêuticos visados e que considerasse simultaneamente o tempo e processo de desenvolvimento do grupo (início, meio e fim): “Apresentar-me e conviver”, “O novo Ano a Chegar!...”, “Par a par vamos jogar!...”, “Os órgãos dos sentidos”, “Lembranças de uma época” e “Era uma vez um grupo!...”. Passamos de seguida a uma descrição breve das sessões (anexo XI).

A 1ª sessão - “Apresentar-me e conviver”, teve como finalidade a formação do grupo terapêutico, explicação das normas, percurso e atividades previstas ao longo do

grupo; a promoção da interação dos participantes, do autoconceito positivo no grupo e da sua coesão; o início da construção de uma marca simbólica do grupo (cartaz), como identidade âncora do grupo (completado em cada sessão). Finalizada com a integração e reflexão do que foi vivido (anexo XII).

Na 2ª sessão - “ *O novo Ano a Chegar!...*” foi planeada para responder às necessidades decorrentes da “orientação no tempo comprometida” dos participantes, bem como facilitar a transição para um novo ano. A construção de um calendário personalizado permite exercitar a orientação espaço-temporal, a capacidade de organização sequencial, a evocação das épocas festivas de cada mês e a partilha das vivências passadas e presentes mais significativas. Na gestão da dinâmica do grupo manteve-se a promoção da interação dos participantes, do seu autoconceito e autoestima. Finalizada com reflexão e integração do vivido, em particular momentos passados significativos, datas pessoais importantes e continuação da construção do cartaz (anexo XIII).

Com a 3ª sessão, “*Par a par vamos jogar!...*”, recorreu-se a um jogo didático de estimulação cognitiva: jogo de tabuleiro com dado e áreas temáticas tais como curiosidades/charadas, gastronomia, provérbios, adivinhas, geografia de Portugal e música tradicional portuguesa. São finalidades aumentar a socialização, vínculos e rede de apoio, bem como promover o autoconceito e autoestima. Os participantes constituíram equipas de dois elementos, promovendo assim a interação interpessoal. Na animação do grupo estimulam-se as habilidades de comunicação, de cooperação, de concentração e memória. Finalizada com reflexão e integração do vivido em particular o lugar do prazer nas relações com o outro. Continuidade da construção do cartaz (anexo XIV).

A 4ª sessão, “*Órgãos dos Sentidos*”, reporta-se à estimulação sensorial pela procura, num primeiro momento, de reconhecimento de frutos com os olhos vendados, e num segundo de preparação de uma salada de frutas, apelando-se à descrição das diferentes sensações. Pretendeu-se, concomitantemente, a evocação das épocas e locais da colheita dos diferentes frutos e, partilha de recordações. Mantiveram-se os objetivos de promoção da interação, vínculo e autoestima, bem como de redução da ansiedade. O grupo elegeu o filme a visualizar na próxima sessão. Finalizada com reflexão e integração do vivido, em particular a utilidade das sensações no quotidiano e lugar do prazer nas relações com o outro. Continuidade da construção do cartaz (anexo XV).

A 5ª sessão *“Lembranças de uma época...”* incluiu a visualização de um filme (*“A Canção de Lisboa”*), visou-se intensificar os vínculos, estimular a comunicação, agir sobre o ambiente. Nesta sessão estimula-se a capacidade de concentração, a memória e promove-se a partilha de vivências. Começou a preparar-se a separação do grupo, feita síntese do percurso do grupo até ao momento e dado tempo para partilha das experiências individuais. Finalizada com reflexão e integração do vivido, em particular o lugar do prazer nas relações com o outro e do contributo/ responsabilidade de cada um no grupo e consigo mesmo. Continuidade da construção do cartaz (anexo XVI).

Por fim, a 6ª sessão *“Era uma vez um grupo...”*, refere-se ao encerramento do grupo, no qual se faz uma reflexão e balanço do percurso individual e do grupo com evocação dos momentos partilhados no grupo, reforço das conquistas e mudanças ocorridas particularmente ao nível do autoconceito, autoestima e bem-estar. Cada participante realizou o seu álbum pessoal que funcionou como uma âncora, simultaneamente mediador da experiência intrapessoal e interpessoal e terminou-se o cartaz. Na avaliação foi elaborada a síntese da sessão, revistos os objetivos, discutidos os resultados alcançados e, trocado feedback interpares dos progressos individuais dentro do grupo. Efetuou-se o jogo *“Teia de aranha”*, simbolizando a rede de relações exteriores criadas e, posteriormente o inverso até ficar totalmente desfeita, simbolizando o término do grupo e a internalização da rede social. Finalizada com reflexão e integração do vivido ao longo da sessão e conjunto de sessões, favorecendo-se em particular a expressão de sentimentos e sua discussão em grupo (anexo XVII).

4.2.1.4. O grupo e a relação na intervenção psicoterapêutica

O grupo terapêutico teve como base o racional teórico humanista, com liderança de *“um profissional do campo da saúde mental”* valorizando o desenvolvimento pessoal, o intrapessoal, as necessidades individuais a nível de segurança, de aceitação e de desenvolvimento, que se repercutem no estabelecimento de uma interação social positiva (Guerra & Lima, p.30).

Consciente do impacto do primeiro encontro do grupo e das características dos participantes, foi assumido o papel de facilitadora servindo de modelo, no sentido de fomentar a criação de uma atmosfera de confiança e comunicação recíproca, promotora da redução da ansiedade e, de uma abertura progressiva. Procurou-se reduzir obstáculos

à comunicação, clarificar os objetivos do grupo, ajudar a avaliar o que foi sendo feito, incentivar a troca de feedback positivo e adequado acerca dos comportamentos expressos. Recorreu-se à comunicação direta, simples, sem abstrações exageradas.

Como pano de fundo onde se desenvolviam as relações, foram essenciais as atitudes de genuinidade, empatia e aceitação incondicional, ferramentas poderosas para os sentimentos de segurança e pertença, aumentando a autoconfiança e autoestima (Guerra & Lima, 2009).

Os esclarecimentos fornecidos acerca da saúde mental, bem como, da pertinência das intervenções desenvolvidas, promoveram a responsabilização dos participantes pela sua saúde e bem-estar, interiorizando a necessidade e importância da estimulação cognitiva.

Na condução do grupo privilegiou-se nos participantes, o reconhecimento das similitudes dos seus problemas, de forma a sentirem-se acompanhados, e verem nos outros elementos um suporte, necessário para um equilíbrio perante as dificuldades sentidas. Procurou-se favorecer igualmente a expressão de sentimentos fruto do desenvolvimento da confiança que se estabeleceu no grupo, bem como, as manifestações de preocupação e solidariedade, aumentando as capacidades e vivências de compreensão e apoio.

Verificou-se que surgiram/ intensificaram as relações afetivas fora das sessões, como que resultando do processo vivenciado intra-grupo e da tomada de consciência dos seus recursos, tornando cada pessoa mais disponível e confiante no estabelecimento das relações interpessoais.

5. RESULTADOS OBTIDOS

Em termos gerais os resultados obtidos basearam-se na análise dos dados colhidos ao longo do processo de implementação do plano de intervenções de enfermagem PSMPIDCL. Desde a avaliação das necessidades, ao desenvolvimento e avaliação das intervenções, bem como dos resultados obtidos, com recurso aos registos pessoais, designadamente notas clínicas e diários de campo e, instrumentos clínicos e de avaliação do processo criados. Esta análise é sobretudo de natureza qualitativa, todavia alguns dados foram trabalhados com recurso ao *software Microsoft® Excel*.

Pretende-se identificar os contributos das intervenções para a saúde mental das pessoas idosas que delas beneficiaram, através da análise dos indicadores de processo e de resultado selecionados.

5.1. Impacto das Intervenções na Saúde Mental da Pessoa Idosa

As intervenções especializadas de enfermagem de PSMPIDCL concebidas e desenvolvidas segundo um plano sequencial, visaram responder às necessidades de saúde mental identificadas nos idosos e que se traduziram nos diagnósticos de enfermagem identificados. Assim, como finalidades terapêuticas definiu-se a melhoria das funções cognitivas, da autoestima e da interação social e, uma diminuição da ansiedade.

A avaliação da função cognitiva, da ansiedade e da autoestima foi realizada em dois momentos, no momento (Mm1) aquando da admissão da pessoa idosa ao plano de intervenções e já atrás apresentada (subcapítulo 4.2.1.2, p.38) e, no momento (Mm2) uma semana após ter ocorrido a 6ª sessão.

5.1.1. Função Cognitiva

No que diz respeito à avaliação da capacidade cognitiva no Mm1, de acordo com o MMS apenas 3 participantes apresentavam defeito cognitivo, contudo os restantes 5 apresentavam igualmente áreas de funcionamento cognitivo alteradas, nomeadamente a nível da orientação no tempo e no espaço, evocação e, habilidade construtiva.

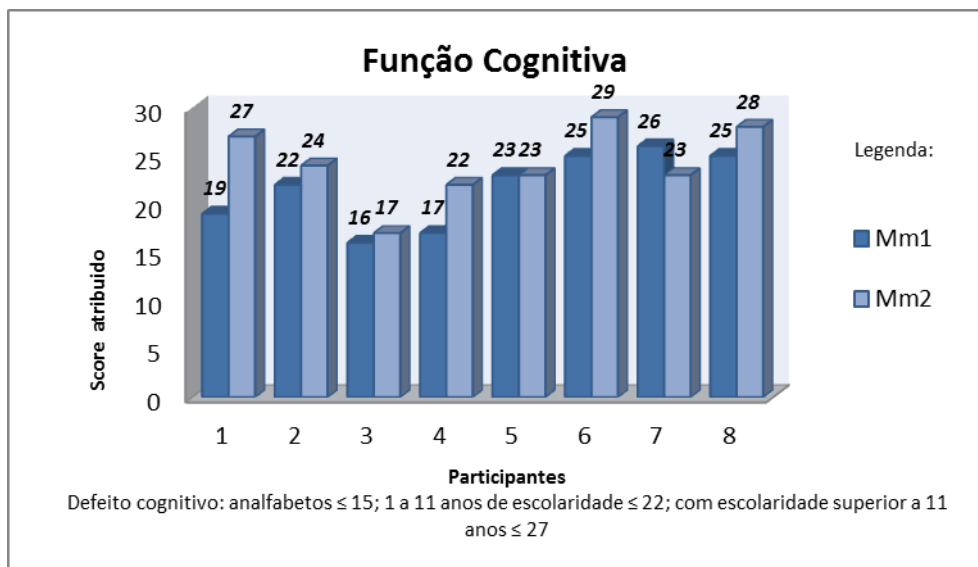


Gráfico 1- Função Cognitiva por participante caracterizada pelo MMS, no Mm1 e Mm2

Após as intervenções, destaca-se que os 3 participantes que apresentavam defeito cognitivo no Mm1, evoluíram para cotações equivalentes a sem defeito cognitivo no Mm2. Na globalidade, dos 8 participantes, 6 registaram melhorias em termos da cotação do MMS (participantes: 1, 2, 3, 4, 6 e 8), 1 participante (5) manteve a cotação e um outro (participante 7) apresentou uma diminuição.

O participante 1 registou melhoria em termos de orientação, retenção, evocação e, linguagem; os participantes 2 e 3 registaram melhorias em termos da evocação; o participante 4 registou melhoria significativa ao nível da orientação, atenção e cálculo e, evocação; o participante 6 revelou melhorias na atenção e cálculo, evocação e, linguagem; o participante 8 registou melhorias na orientação e atenção.

O participante que registou uma diminuição na cotação do MMS (7), manteve-se todavia sem defeito cognitivo e embora se tenha observado uma melhoria a nível da orientação, evidenciaram-se alterações menos favoráveis na evocação, linguagem e, habilidade construtiva. Este declínio das funções cognitivas coincidiu com alterações do seu estado de saúde geral.

Em síntese, dos 8 participantes, 5 registaram melhorias a nível da orientação e evocação, embora se mantenha o diagnóstico de enfermagem: memória a curto prazo diminuída, em grau moderado.

Considera-se que o trabalho desenvolvido ao longo das sessões no sentido de adequar a intervenção face às necessidades específicas de cada participante a este nível, contribuiu para os resultados terapêuticos obtidos.

5.1.2. Ansiedade

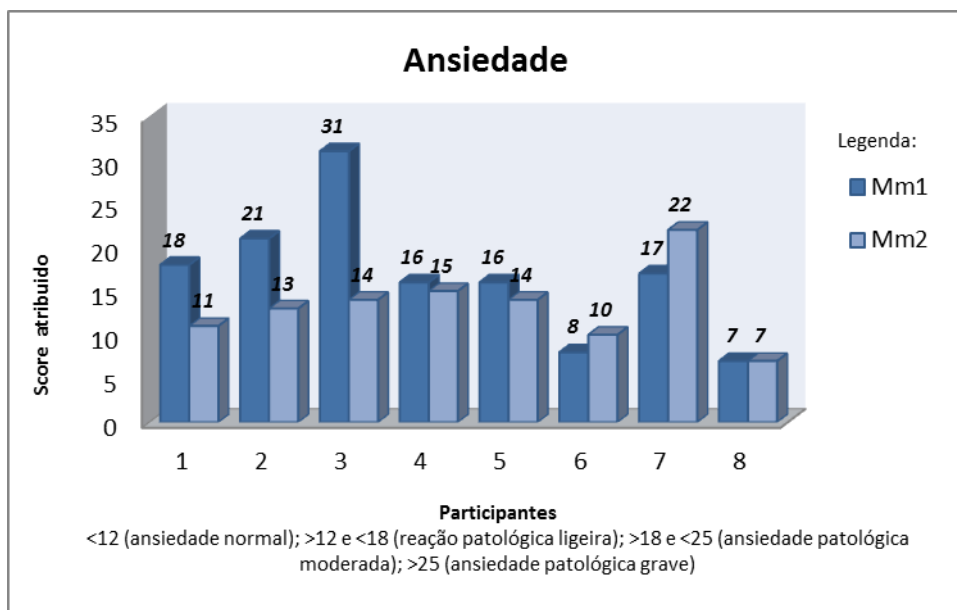


Gráfico 2- Ansiedade por participante caracterizada pela Escala de Ansiedade de Hamilton, no Mm1 e Mm2

No início do desenvolvimento do plano de intervenções, Mm1, 3 participantes apresentavam reação patológica ligeira (1,5 e 7). No Mm2 verificou-se melhoria no participante 1 que passou a apresentar um nível de ansiedade dentro da normalidade. Por sua vez, o participante 5, manteve o *estado de ansiedade presente, em grau ligeiro*. Com o participante 7 verificou-se um aumento dos níveis de ansiedade, registados no diagnóstico *ansiedade presente, em grau moderado*, o qual relaciono com a alteração seu estado de saúde

Os participantes 2 e 4 apresentavam ansiedade patológica moderada (Mm1), registaram uma diminuição do nível de ansiedade no Mm2, alterando-se o diagnóstico de enfermagem para *ansiedade presente, em grau ligeiro*.

O participante 3, apresentava ansiedade patológica grave (Mm1), registando uma diminuição do nível de ansiedade no Mm2, registada no diagnóstico de enfermagem *ansiedade presente, em grau ligeiro*.

Os participantes 6 e 8 mantiveram um nível de ansiedade dentro da normalidade. Globalmente, verificaram-se melhorias nos participantes 1,2,3,4 e 5.

5.1.3. Autoestima

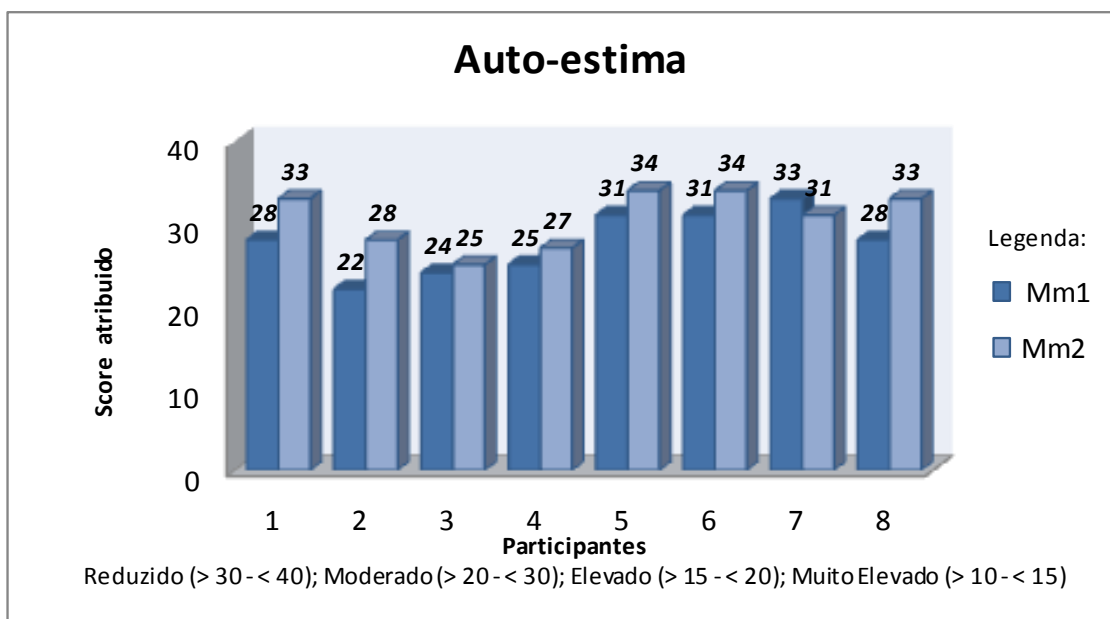


Gráfico 3- Autoestima por participante caracterizada pela Escala de Autoestima de Rosenberg, no Mm1 e Mm2

Os participantes 2,3 e 4, mantiveram o diagnóstico de enfermagem *autoestima diminuída*, em grau moderado, muito embora tenham registado uma melhoria global da autoestima traduzida no aumento das cotações. De igual modo os participantes 5 e 6 mantiveram o diagnóstico de enfermagem *autoestima diminuída em grau reduzido*, apesar da melhoria registada nas cotações da escala.

Nos participantes 1 e 8 as melhorias foram mais significativas, verificando-se uma alteração no diagnóstico de enfermagem de *autoestima diminuída em grau moderado* (Mm1) para *autoestima diminuída em grau reduzido* (Mm2).

Na globalidade a média das cotações passou de 27,8 (Mm1) para 30,6 (Mm2), indicando uma melhoria qualitativa ao nível da autoestima de todo o grupo.

O participante 7 foi o único que registou uma diminuição da autoestima, com uma cotação de 33 no Mm1 e de 31 no Mm2, o que entendo como tendo uma eventual relação com a alteração do seu estado de saúde, sinalizada à Enfermeira responsável.

Em síntese dos 8 participantes, 7 registaram melhorias efetivas em termos da sua autoestima.

Destaca-se que ao longo das sessões este fator protetor da saúde mental, conforme o modelo D'Amours já referido, mereceu uma particular atenção. Em todas as

sessões foram incluídas tarefas visando promover a autoestima dos participantes, e na condução do grupo foi privilegiada uma dinâmica das relações que julgo ter contribuído para os resultados aqui descritos.

5.1.4. Interação Social

No Mm1, aquando da entrevista inicial, bem como em momentos de interação informal, os participantes verbalizaram insatisfação relativa à interação social⁷, nomeadamente um número reduzido de contactos sociais, pouca interação com os outros idosos e familiares, escassa participação em atividades de lazer e sociais, relacionamentos superficiais e isolamento social. Também a observação participante, assim como a consulta de registos e trocas com os profissionais da equipa confirmaram a presença desta interação social comprometida, que se constituiu um diagnóstico de enfermagem.

As intervenções foram concebidas de forma a promover ações de intercâmbio social mútuo, participação e trocas sociais entre os participantes, designadamente dar e receber elogios, partilhar memórias e acolher as memórias dos outros, num clima de respeito e reconhecimento da dignidade de cada um.

Visando aproximar a evolução experimentada pelos participantes em termos da interação social, recorreu-se ao instrumento de monitorização das atividades de grupo de estimulação cognitiva. Neste âmbito consideram-se particularmente relevantes os seguintes indicadores: adesão, discurso, participação, interação e comportamento.

Verifica-se que todos os participantes aderiram espontaneamente a todas as sessões, apenas o participante 4 necessitou de persuasão numa das sessões.

Ao nível do discurso dos participantes, que permitia variações de pobre (0) até elaborado (2), passando por normal (1), registou-se todo o tipo de condutas, ou uma dispersão de condutas, com os participantes 3 (analfabeto) e 4 (1º ciclo) a registar a média mais baixa, portanto o discurso mais pobre, e os participantes 6 (2º ciclo), 7 e 8 (1º ciclo) com o discurso mais elaborado.

⁷ Interação social/ relação: interação social é um tipo de ação interdependente com as seguintes características específica: ações de intercâmbio social mútuo; participação e trocas sociais entre indivíduos e grupos (Sequeira, 2006, p.223).

A participação foi bastante elevada, 4 participantes registaram o valor máximo de 3, correspondente a “participa ativamente sem necessidade de motivação” em todas as sessões, os restantes participantes atingiram valores muito próximos de 3, significando que numa ou outra sessão “participou ativamente quando motivado”.

Também a interação registou os valores mais elevados, de 3 ou 4, significando respetivamente que se observou que o(s) participante(s) “responde aos outros membros do grupo” ou, então, apresenta uma “interação espontânea”.

Quanto ao comportamento todos os participantes, registaram em todas as sessões um comportamento “adequado”, com exceção dos participantes 3 e 4, que apresentaram inquietação (atribuição de valor 2), nas 2 primeiras sessões, contribuindo para a média de 3,3 no conjunto das sessões.

Tabela 4 – Média da pontuação obtida por participante ao longo das seis sessões relativamente à adesão, ao discurso, à participação, à interação e ao comportamento

| Itens Participantes | Adesão 0 a 2 | Discurso 0 a 2 | Participação 0 a 3 | Interação 0 a 4 | Comportamento 0 a 4 |
|------------------------|-----------------|-------------------|-----------------------|--------------------|------------------------|
| 1 | 2 | 1 | 2,5 | 3,5 | 4 |
| 2 | 2 | 1 | 2,8 | 3,5 | 4 |
| 3 | 2 | 0,8 | 2,7 | 3,3 | 3,3 |
| 4 | 1,7 | 0,8 | 2,5 | 3,5 | 3,3 |
| 5 | 2 | 1 | 3 | 4 | 4 |
| 6 | 2 | 2 | 3 | 4 | 4 |
| 7 | 2 | 2 | 3 | 4 | 4 |
| 8 | 2 | 2 | 3 | 4 | 4 |
| MediaN=8 | 2,0 | 1,3 | 2,8 | 3,7 | 3,8 |

Em termos de síntese, é de salientar que nas três primeiras sessões foi necessária uma atenção particular aos participantes 1,2,3 e 4, e uma intervenção dirigida especificamente à estimulação e motivação ao nível do discurso, da participação e da interação. Nas sessões seguintes, estes idosos manifestaram condutas expressas pelas cotações máximas, evidenciando a sua autonomização.

5.1.5. Satisfação Percebida

A fim de conhecer a perceção dos participantes quanto ao impacto destas intervenções ao nível da sua saúde e bem-estar, após cada sessão, os participantes assinalavam numa escala de medida tipo lickert a sua opinião a este nível e verbalizavam igualmente o que mais valorizaram e como se sentiam. Da análise dos registos, destacam-se sobretudo os sentimentos de bem-estar e satisfação com as atividades desenvolvidas. Reconheceram ainda, que estas intervenções iam de encontro às suas necessidades, valorizando as dimensões da cognição, interação social e bem-estar.

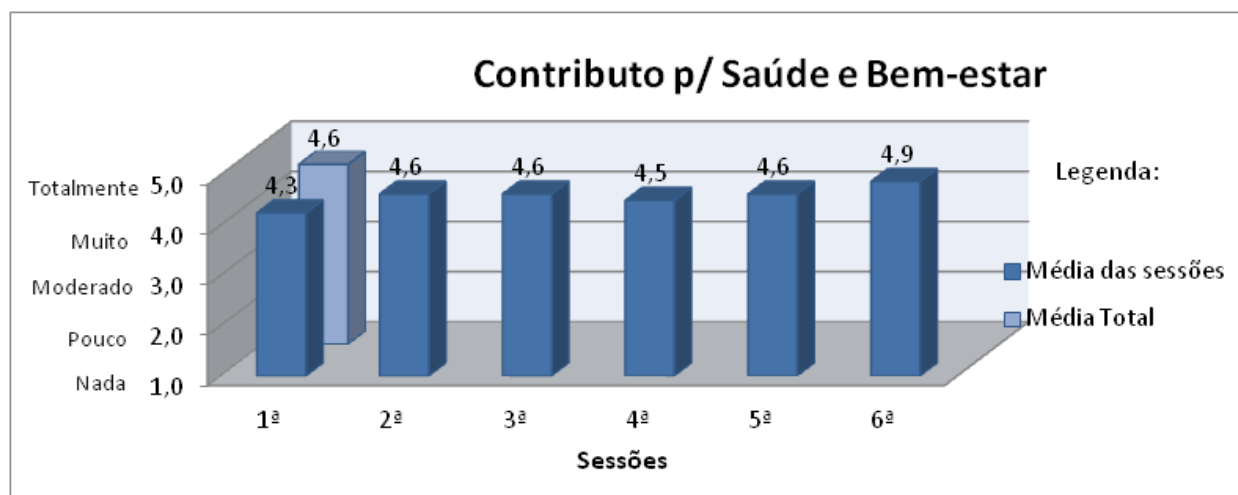


Gráfico 4 - Percepção do grupo quanto ao contributo das sessões para a saúde e bem-estar

O instrumento relativo ao *contributo da intervenção para a sua saúde e bem-estar* revelou que o grupo considerou que todas as sessões foram *muito* (4) ou *totalmente* (5) *importante para a sua saúde e bem-estar*. No conjunto das sessões o grau médio de importância para a saúde e bem-estar foi, de acordo com a percepção dos clientes de 4,6.

No decurso das intervenções e, analisando a evolução registada ao longo do tempo, verificou-se que o valor da importância atribuída foi aumentando ao longo das 6 semanas, sendo que na última sessão, à exceção de um participante, todos atribuíram o nível máximo de importância, isto é, totalmente.

No que se refere aos dados acedidos através do *Questionário de Satisfação do Cliente*, estes foram tratados de acordo com 3 domínios estabelecidos em função do conteúdo visado pelas questões: Qualidade do Atendimento; Adequação às Necessidades e Impacto Positivo na Saúde.

Verifica-se mais uma vez e para o conjunto das dimensões, que todos os participantes ficaram muito ou totalmente satisfeitos. A dimensão *Impacto Positivo na Saúde* foi a que registou maiores índices de satisfação, com 5 dos 8 participantes totalmente satisfeitos. Inversamente a dimensão *Adequação às Necessidades* foi a que registou menores índices de satisfação, com 3 participantes totalmente satisfeitos e os restantes 5 muito satisfeitos. Penso que tal se pode relacionar com o impacto da relação terapêutica estabelecida. Todavia, ressaltamos que estamos perante níveis globais de satisfação muito elevados.

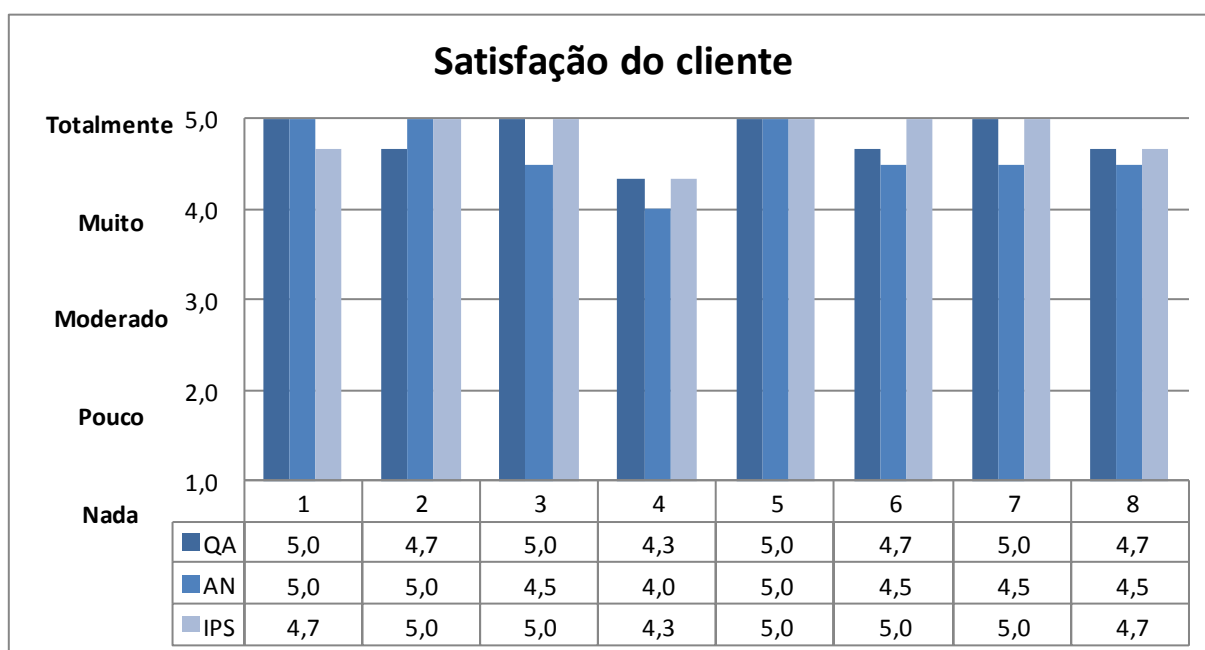


Gráfico 5 – Perceção dos participantes quanto à qualidade do atendimento (QA), à adequação às necessidades (AN) e ao impacto positivo na saúde (IPS) das sessões

5.1.6. Síntese dos principais resultados e contributos das intervenções

Constata-se que a interação social comprometida é um problema transversal a todos os participantes, no entanto, observou-se a evolução esperada, com condutas de adesão e de presença muito positivas. No decorrer das sessões, verificaram-se ganhos a nível da orientação e da atenção. A partir da 3ª sessão inclusive, os participantes recordavam-se do dia das sessões, e tomavam a iniciativa da sua participação. Aqueles que eram autónomos deslocavam-se até à sala de terapias pelos seus próprios meios e os que tinham dificuldades na locomoção lembravam-se do trajeto, dando orientações sobre o mesmo.

As dinâmicas de grupo utilizadas foram um impulso ao desenvolvimento de competências sociais e relacionais. As atividades das sessões ofereceram a possibilidade de treinar a sociabilização, o trabalho em equipa e, estimular a relação, como uma fonte de prazer. Mas também permitiram uma abordagem mais específica, de acordo com as dificuldades e capacidades de cada participante.

Verificou-se que as relações interpessoais fora do grupo se incrementaram. Assim, alguns dos idosos passaram a deslocar-se por sua própria iniciativa às outras unidades, para visitar e conviver. Alargaram a sua rede social e mobilizaram este recurso para fazer face ao isolamento social de que se queixavam antes do início do grupo.

O espaço da relação terapêutica foi fundamental para a obtenção destes resultados, fomentando-se a criação de um espaço de grupo que facilitou a partilha de vivências pessoais e o contacto com as emoções inerentes, constituindo o cimento a partir do qual emergiam e tomaram sentido as diferentes técnicas desenvolvidas (TOR, TR, entre outras). Foi evidente a alteração do comportamento dos participantes em relação a trocas afetivas no grupo e na instituição. Este aspeto foi reforçado na última sessão, o grupo manifestou o desejo e o compromisso individual de dar continuidade às relações iniciadas e estabelecer outras, tendo mesmo sugerido uma proposta à administração da Instituição, no sentido de conceber um local para convívio “uma sala de jogos”.

Globalmente os idosos aumentaram o sentimento de autocontrolo, de responsabilização pela sua saúde e bem-estar e revelaram compreender a pertinência e necessidade da estimulação cognitiva num envelhecimento bem-sucedido.

As estratégias utilizadas foram maioritariamente adequadas e impulsionaram a expressão de sentimentos bem como a partilha em grupo de troca de experiências.

Quanto à viabilidade da implementação deste tipo de intervenções, estas revelaram-se exequíveis, o contexto institucional tem condições favoráveis relativamente ao espaço físico, bem como a colaboração da equipa multidisciplinar e, em particular da nossa orientadora clínica, que acolheu muito positivamente este projeto, reconhecendo o seu cariz terapêutico e disponibilizando-se para levar a cabo a sua execução.

Em síntese, os resultados aqui apresentados, parecem confirmar que as intervenções tiveram um impacto positivo, ou seja, foram eficazes em termos da saúde mental dos idosos que nelas participaram, nomeadamente ao nível da diminuição da ansiedade, aumento da autoestima, e melhoria das funções cognitivas.

Tabela 5 - Diagnósticos de Enfermagem identificados no Mm1 e Mm2

| PARTICIPANTES | DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM Mm1 | DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM Mm2 |
|---------------|---|---|
| 1 | 1.Orientação no espaço comprometida em grau ligeiro; 2.Memória a curto prazo diminuída, em grau moderado; 3.Autoestima diminuída, em grau moderada; 4.Ansiedade presente, em grau ligeiro; 5.Interação social comprometida. | 2. Memória a curto prazo diminuída, em grau moderado; 3. Autoestima diminuída em grau reduzido. |
| 2 | 1.Memória a curto prazo diminuída, em grau moderado; 2.Autoestima diminuída, em grau moderado; 3. Ansiedade presente, em grau moderado; 4. Interação social comprometida. | 1. Memória a curto prazo diminuída, em grau moderado; 2. Autoestima diminuída, em grau moderado; 3. Ansiedade presente, em grau ligeiro. |
| 3 | 1.Orientação no espaço comprometida em grau ligeiro; 2. Orientação no tempo comprometida em grau ligeiro; 3.Memória a curto prazo diminuída, em grau moderado; 4.Autoestima diminuída, em grau moderado; 5.Ansiedade presente, em grau moderado; 6.Inteiração social comprometida. | 1.Orientação no espaço comprometida em grau ligeiro; 2.Orientação no tempo comprometida em grau ligeiro; 3.Memória a curto prazo diminuída, em grau moderado; 4.Autoestima diminuída, em grau moderado; 5. Ansiedade presente, em grau ligeiro. |
| 4 | 1.Orientação no espaço comprometida em grau ligeiro 2.Orientação no tempo comprometida em grau moderado; 3.Memória a curto prazo diminuída, em grau moderado; 4. Autoestima diminuída, em grau moderado; 5. Ansiedade presente, em grau moderado; 6.Interação social comprometida. | 1.Orientação no espaço comprometida em grau ligeiro; 2.Orientação no tempo comprometida em grau moderado; 3.Memória a curto prazo diminuída, em grau moderado; 4. Autoestima diminuída, em grau moderado; 5. Ansiedade presente, em grau ligeiro. |
| 5 | 1.Memória a curto prazo diminuída, em grau moderado; 2.Autoestima diminuída, em grau reduzido; 3.Ansiedade presente, em grau ligeiro 4.Interação social comprometida. | 1.Memória a curto prazo diminuída, em grau moderado; 2.Autoestima diminuída, em grau reduzido; 3.Ansiedade presente, em grau ligeiro. |
| 6 | 1. Memória a curto prazo diminuída, em grau moderado; 2. Autoestima diminuída, em grau reduzido; 3. Interação social comprometida. | 1. Memória a curto prazo diminuída, em grau moderado; 2.Autoestima diminuída, em grau reduzido. |
| 7 | 1.Orientação no espaço comprometida, em grau ligeiro; 2.Orientação no tempo comprometida, em grau ligeiro; 3. Memória a curto prazo diminuída, em grau moderado; 4.Autoestima diminuída, em grau reduzido; 5.Ansiedade presente, em grau ligeiro; 6.Interação social comprometida. | 1.Orientação no tempo comprometida, em grau ligeiro; 3.Memória a curto prazo diminuída, em grau moderado; 4.Autoestima diminuída, em grau reduzido; 5.Ansiedade presente, em grau moderado. |
| 8 | 1.Orientação no espaço comprometida, em grau ligeiro; 2.Autoestima diminuída, em grau moderado; 3.Interação social comprometida. | 2.Autoestima diminuída, em grau reduzido. |

5.2. Balanço das competências desenvolvidas

“As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental, diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam” (OE, 2010, p.1).

De acordo com Benner (2001), um perito deve possuir um conhecimento não só preceptivo, mas fundamentado e aprofundado pelo conhecimento da situação concreta e contextualizada que permita prestar cuidados individualizados, numa perspetiva holística. Segundo esta autora (2001, p.23) a “aquisição de competências baseada na experiência é mais segura e mais rápida se assentar sobre boas bases pedagógicas”.

Neste sentido, recorri a bibliografia técnico-científica através das bases de dados eletrónicas, efetuei uma revisão da literatura, apelei ao conhecimento e supervisão de peritas na área, de forma a suportar a conceção, desenvolvimento e avaliação das intervenções de enfermagem promotoras da saúde mental. Considero que deter conhecimentos sólidos sobre o processo de envelhecimento foi essencial, tanto para a identificação das suas necessidades em termos de cuidados de enfermagem, bem como para o desenvolvimento de intervenções apropriadas e para a mobilização das dinâmicas próprias ao contexto.

No decorrer do percurso de aprendizagem adquiri e desenvolvi competências de EEESM, preconizadas pela OE (2010).

Considero que desenvolvi conhecimento e consciência de mim enquanto pessoa e enfermeira à mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional. Após cada sessão efetuei uma análise, reflexão e, avaliação que me permitiu um crescimento pessoal e profissional, o autoconhecimento e consciência de mim, permitiu a identificação das minhas emoções, sentimentos, e valores que podiam interferir na relação com o outro, mantendo o contexto e limite da relação profissional preservando assim a integridade do processo terapêutico.

Nas intervenções assisti a pessoa na optimização da saúde mental, para tal efectuei uma recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental. Compreendi e interpretei a forma como as pessoas enfrentam os processos de doença o que me permitiu antecipar as suas necessidades e utilizar meios que minimizam a ansiedade e otimizam o bem-estar. A avaliação do potencial de

recuperação serviu ao mesmo tempo, de guia para os objetivos e as estratégias de tratamento. Considero o meu desenvolvimento de competências em termos da avaliação diagnóstica bastante relevante. Passou pela entrevista de colheita de dados segundo uma perspetiva de ajuda, bem como a mobilização de instrumentos para a avaliação das necessidades de saúde, com enfoque a nível dos fatores protetores de saúde mental em termos do bem-estar e autoestima, bem como, nos fatores de risco (a ansiedade), permitindo a avaliação global da pessoa idosa. Realizei e implementei um plano de cuidados individualizado, com base nos diagnósticos de enfermagem, com recurso à taxonomia CIPE e, resultados esperados das intervenções de enfermagem PSMPIDCL. Neste sentido ajudei a pessoa, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto, identificando os problemas e as necessidades específicas.

No que se refere à comunicação terapêutica destaco a forma de comunicar com pessoas deste grupo etário, constatei ser essencial o cuidar centrado na pessoa onde o respeito pela cultura e seus valores é fulcral, valorizando as suas vivências.

Quer a nível profissional quer a nível familiar a minha vivência com idosos sempre foi uma constante pelo que desenvolvi uma aptidão para com estes, que considero como um meio promotor para o desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas tendo em conta o grupo alvo. Segundo Benner (2001, p.45) devemos ter conhecimento das nossas “qualidades ou traços caracterizadores de competência”, de forma a desenvolver práticas competentes.

Recorrendo aos domínios de competência definidos para o enfermeiro especialista de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (OE, 2011), destaco pela sua importância a competência desenvolver intervenções de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico e psicoeducativo. Neste âmbito, mobilizei o contexto individual e de grupo, de forma a manter e melhorar a saúde mental. As intervenções desenvolvidas foram de âmbito psicoterapêutico, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental, o que envolveu as capacidades previamente adquiridas para conceber e individualizar estratégias face à singularidade de cada participante. Estas intervenções permitiram aos participantes libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes e simultaneamente promover mudanças positivas no estilo de vida. Auxiliei de forma individual a tirar o melhor partido das suas capacidades e adquirir novas perspetivas, para continuar a levar uma vida ativa e aceitável perante a inatividade e o isolamento.

Destaco a nível do domínio de competência da relação de ajuda, as etapas que vivenciei em termos do processo relacional e que passaram pela criação de um ambiente terapêutico, caracterizado pela confiança e pela esperança face aos resultados, pela compreensão do seu estado de saúde, bem como pela aceitação de apoio e suporte (social, emocional, espiritual). Realço a importância do toque e do apoio afetivo como uma abordagem terapêutica e um meio que permite a comunicação, o reconforto e a estimulação para otimizar a participação individual e em grupo.

A abertura à aceitação da singularidade da pessoa idosa, a sua abordagem de uma forma direta e clara, permitiram-me agir como um mediador psicológico, cultural, e favorecer a criação de uma cultura de grupo.

Sinto que desenvolvi a capacidade de ajuda para o restabelecimento e para a estimulação, estando hoje mais disponível para escutar e tentar compreender o significado do processo de vida pela qual a pessoa está a passar. Para tal, estabeleci e conduzi-me por linhas de conduta de forma a estar mais disponível para ajudar as pessoas de quem cuido.

Em síntese, considero que o percurso acima descrito proporcionou a aquisição e desenvolvimento de competências relativas à prestação direta e especializada de cuidados à pessoa idosa com défice cognitivo ligeiro, principalmente na promoção da saúde mental, nomeadamente, quanto à redução da ansiedade ou autocontrolo da ansiedade, melhora da autoestima, das funções cognitivas, aumento da interação social, com repercussões no bem-estar.

Considero que quando iniciei o presente estágio me encontrava no *estado de iniciada* face às intervenções de enfermagem PSMPCDCL, mas que no final do mesmo e com o caminho nele percorrido, transitei para o *estado de perito*, ou seja, adquiri uma compreensão global e da situação no seu todo, que me permite identificar os aspetos mais importantes, e tomar decisões em contexto (Benner, 2001).

6. QUESTÕES ÉTICAS

Com o desafio e o compromisso declarado de cuidar de pessoas, ao longo do ciclo vital, na saúde e na doença, de forma a promover a qualidade de vida de quem cuida e, consciente das implicações das decisões de enfermagem, na sua vida, foram desenvolvidas intervenções de enfermagem promotoras da saúde mental, prestando cuidados de enfermagem de excelência. As questões éticas que se colocaram ao longo do estágio foram adequadamente ponderadas no processo de aprendizagem, regendo-me pelo Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2005).

Foi assegurada a participação voluntária, tida em conta a autonomia, o respeito pela decisão de participação, e anonimato das informações obtidas. Face ao dever do sigilo, foram salvaguardadas as informações de carácter pessoal reunidas, assim como lembrado ao grupo durante as sessões o carácter de confidencialidade das informações pessoais partilhadas.

Assumi a responsabilidade pela humanização dos cuidados, dando atenção ao idoso como uma totalidade única, respeitando a sua individualidade face aos outros e contribuindo para que o ambiente fosse propício ao desenvolvimento das potencialidades e bem-estar.

O princípio dos valores humanos assume o dever de salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência psíquica e social com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida.

Foi tido em conta o princípio da não-maleficiência, (não causar dano) procurando avaliar os riscos possíveis e previsíveis no sentido de promover o benefício com a intervenção.

No dever para a comunidade: o enfermeiro é responsável na promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de enfermagem. Neste sentido foi feito o levantamento das necessidades dos idosos (grupo vulnerável), e estabelecida a resolução considerada mais pertinente, o plano de intervenções de enfermagem PSMPIDCL.

No decorrer de todo o processo houve articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde e estando presente o padrão de conduta pessoal visto como um desempenho inovador e reconhecido com mérito pela equipa, o que dignificou e enalteceu a profissão.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso formativo foi vivido com grande intensidade, cada etapa constituiu um desafio e uma oportunidade em termos pessoais e profissionais.

Esta experiência permitiu desenvolver intervenções sistematizadas que visem dar resposta às necessidades de um grupo de pessoas idosas com défice cognitivo ligeiro, verificadas e validadas através dos instrumentos de suporte e avaliação utilizados, apreciação dos indicadores das grelhas de avaliação, supervisão dos Orientadores Clínicos e da Professora, questionário de satisfação e avaliação das sessões.

O plano de intervenções sistematizadas possibilitou o desenvolvimento de habilidades relacionais específicas com um grupo de pessoas vulneráveis, como também o assumir da responsabilidade de uma prática reflexiva no sentido de desenvolvimento pessoal. Simultaneamente surgiu a elaboração de um documento de intervenções estruturadas, que foi disponibilizado à equipa de enfermagem dos contextos.

A construção deste documento e a sua aplicação contribui para o desenvolvimento da prática de cuidados de enfermagem de qualidade, que dignifica e enaltece a profissão.

Uma das limitações encontradas neste trabalho relaciona-se com a avaliação dos resultados obtidos, o espaço temporal para a realização não permitiu elaborar uma avaliação longitudinal, no sentido de verificar se os ganhos em saúde perduram no tempo.

Encaro a minha inexperiência de intervenções em grupo como limitadora, no entanto contribuiu para aumentar o meu empenho, permitindo o crescimento pessoal e profissional que se traduziu num efeito positivo, não transparecendo inexperiência.

Tendo em conta os objetivos iniciais de conceber, desenvolver e avaliar intervenções de enfermagem PSMPIDCL e, considerados os ganhos em saúde adquiridos pelos participantes, os objetivos foram alcançados, visto que o plano de intervenções foi concretizado e os resultados vão de encontro ao que emerge da evidência científica.

A observação de outras realidades e formas de trabalhar contribuíram para o desenvolvimento de competências, saberes e perícias, e simultaneamente vivenciar momentos de prazer e realização pessoal.

A nível profissional abre-se um caminho promissor de desenvolvimento de projetos neste âmbito. A nível institucional, pretendo apresentar um projecto, de forma a que a enfermagem integre a equipa da “consulta da memória”. E assim, implementar a consulta de enfermagem com resposta direcionada ao utente e aos cuidadores. Como também,

desenvolver um programa de intervenções, com a equipa multidisciplinar (enfermagem, neuropsicologia, neurologia e assistente social) de forma a dar resposta à população do Centro Hospitalar de Lisboa Central. Na Unidade de Neurologia pretendo promover uma cultura de análise das práticas e incentivar o desenvolvimento de intervenções autónomas de enfermagem, designadamente ao nível da promoção da saúde mental, recorrendo à supervisão e intervisão clínica, com vista à melhoria contínua dos cuidados.

Considero fulcral a implementação de intervenções de promoção da saúde mental, de estimulação cognitiva junto da comunidade, a nível das juntas de freguesia, centros de saúde e instituições que acolhem os idosos. Fica o desejo de incentivar os colegas e cooperar com eles, através de atividades de supervisão clínica com vista à implementação de intervenções desta natureza.

A experiência vivenciada ao longo deste estágio, deixa em aberto a possibilidade de realização de outros trabalhos, tais como estudos de investigação, com maior espaço temporal e com a envolvimento de mais idosos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACS. (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Obtido em 10 de Maio de 2011, de <http://www.acs.min-saude.pt/.../plano-nacional-de-saude-mental-2007-2016>.
- ACS. (2011). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Gabinete técnico do PNS 2011-2016 OSS 2 - Versão discussão. Obtido em 18 de Maio de 2011, de http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/files/.../cs_17-03-2011.pdf
- Andrade, F., M.Filha, M. Dias, A., Costa, I., Lima, E., & C.Mendes. (2010). *Promoção da Saúde Mental do Idoso na Atenção Básica: As contribuições da Terapia Comunitária*. Obtido em 15 de Junho de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a15.pdf>
- Andrade, R., & Pedrão, L. (2005). *Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica*. Obtido em 21 de Maio de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a19.pdf>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- CAMH & Toronto Public Health. (2010). *Best practice guidelines for mental health promotion programs: Older adults 55+*. Obtido em 2 de Junho de 2011, de <http://www.knowledgex.camh.net/...health/mhpromotion/>
- Canadian Mental Health Association. (2002). *Guide d'élaboration des politiques*. Obtido em 18 de Maio de 2011, de http://www.cmha.ca/data/1/.../215_smhhc_polguide.pdf
- Cancela, D. (2007). *O processo de envelhecimento*. Trabalho realizado no estágio de complemento ao diploma de licenciatura em Psicologia. Obtido em 10 de janeiro de 2012, de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>
- Cardoso, A. (2010). *A utilização da música como co-adjuvante terapêutico na Saúde Mental e Psiquiatria*. Obtido em 4 de Outubro de 2011, de http://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1866/3/PG_16824.pdf
- Casa de Saúde da Idanha. (2008). *Newsletter nº 4*. Obtido em 16 de Outubro de 2011, de http://www.irmashospitaleiras.pt/_anexos/csi/Newsletter%20n.4.pdf

- Castro-Caldas, A., & Mendonça, A. (2005). *A Doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal*. Lisboa: Lidel - edições técnicas, Lda.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. (Vol. 1º). Loures: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2009). *A intervenção terapêutica: estratégias de intervenção* (Vol. 2º). Loures: Lusodidacta.
- Clara, J. (2011). Envelhecimento Activo. In ACS. *3º Fórum Nacional de Saúde*. Obtido em 12 de Janeiro de 2012, de <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016>
- D'Amours, G., Poissant, J., Desjardins, N., Laverdure, J., Massé, R. (2008). *Un modèle pour orienter les actions de promotion de la santé mentale et de prévention de troubles mentaux*. Obtido em 11 de Junho de 2011, de http://ped.sagepub.com/content/15/1_suppl/54.full.pdf
- DGS. (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Obtido em 22 de Maio de 2011, de <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74.../i006346.pdf>
- Fernandes, L. (2006). Psicoterapias no Idoso. In H. Firmino. *Psicogeriatria*. Coimbra: Almedina.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fritzen, S. (2009). *Exercícios práticos de dinâmica de grupo*. Rio de Janeiro: Vozes de Petrópolis.
- Grilo, P. (2009). *Doença de Alzheimer: Epidemiologia, etiologia, diagnóstico clínico e intervenções terapêuticas*. Lisboa: Coisas de Ler Edições.
- Guerra, M., & Lima, L. (2009). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Guerreiro, M. (2005). Terapêutica não farmacológica na demência. In A. Castro-Caldas & A. Mendonça. *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lidel.
- INE, I.P. (2011). *Censos 2011- Resultados Provisórios*. Obtido em 6 de janeiro de 2012, de [HTTP://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui...](http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui...)
- Johnson, M.; Bulechek, G.; Butcher, H.; Dochterman, J. M.; Maas, M.; Moorhead, S.; Swanson, E. (2010). *Ligações entre NANDA, NOC E NIC: Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem*. (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

- Lopes, M. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau.
- Manes, S. (2001). *83 Jogos Psicológicos para Dinâmicas de grupos*. São Paulo: Paulus.
- Moreira, P., & Melo, A. (2005). *Saúde Mental: do tratamento à prevenção*. Porto: Porto Editora.
- National Guideline Clearinghouse. (2008). *Promoting spirituality in the older adult*. Obtido em 22 de Junho de 2011, de <http://www.guideline.gov/>
- Nunes, B. (2008). *Envelhecer com saúde: Guia para melhorar a sua saúde física e psíquica*. Lisboa: Lidel - edições técnicas, Lda.
- OE. (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual: enunciados descritivos*. Obtido em 15 de Maio de 2011, de <http://www.ordemenfermeiros.pt>
- OE. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise dos casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (2006). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Obtido em 25 de Maio de 2011, de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- OMS. (1986). *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde: Carta de Ottawa*. Obtido em 11 de Junho de 2011, de www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf
- Padovan, M. (2010). *Dançar na Escola*. Porto: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl; A. Fonseca. *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Peterson, R. (2004). *Défice cognitivo ligeiro: o envelhecimento e a doença de alzheimer*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidacta.

- Phaneuf, M. (2010). *O envelhecimento perturbado - A doença de Alzheimer* (2ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Pinho, L. (2008). *Demência: a marcha diagnóstica no âmbito dos cuidados de saúde primários*. Dissertação de Mestrado em Medicina. Obtido em 18 de janeiro de 2012, de <http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/118/750/demnciaamarchadiagns.pdf>
- Reisberg, B., Ferris, S., Leon, M. d., & Crook, T. (1982). *The Global Deterioration Scale for Assessment of Primary Degerative Dementia*. Obtido em 6 de outubro de 2011, de http://www.mirecc.va.gov/visn21/pdf/GDS_Basic_Package.pdf
- Rendas, A. (2001). Envelhecimento: ponto de vista imunológico. In A. Pinto. *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Quarteto.
- Royal College of Nursing. (2003). *Defining Nursing*. Obtido em 6 de Janeiro de 2012, de http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf.../001983.pdf
- Santana, I., & Cunha, L. (2005). *Demência(s): Manual para Médicos*. Coimbra: Universidade de Coimbra: Faculdade de Medicina.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica*. Coimbra: Quarteto.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Soeiro, M. (2010). *Envelhecimento Português: desafios contemporâneos - Políticas e Programas sociais*. Obtido em 11 de Outubro de 2011, de http://www.run.unl.pt/bitstream/10362/5736/1/maria_anjos%20_3_.pdf
- Spar, J., & La Rue, A. (2005). *Guia prático de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Spirduso, W., Francis, K., & Mcrae, P. (2005). *Physical Dimensions of Aging*. Illinois.
- Stinson, C. (2009). Structured Group Reminiscence: An Intervention for Older Adults. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 40(11), 521-528.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria - Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- UE. (2008). *Relatório Geral sobre a Atividade da União Europeia*. Obtido em 20 de Janeiro de 2012, de http://www.europa.eu/generalreport/pd/rg2008_pt.pdf
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (2007). *Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interacção*. São Paulo: Cultrix.

WHO. (2002). *Active ageing, a policy framework - A contribution of the second united nations world assembly on ageing*. Obtido em 10 de Março de 2011, de http://www.whqlibdoc.who.int/hq/.../who_nmh_nph_02.8.

WHO. (2007). *Atlas: Nurses in Mental Health - World Health Organization*. Obtido em 17 de Maio de 2011, de http://www.who.int/mental_health/evidence/nursing_atlas_2007.pdf

WHO. (2008). *Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-estar*. Obtido em 16 de Maio de 2011, de <http://www.acs.min-saude.pt/files/2008/07/pactoeuropeu-saudemental.pdf>

Woodhouse, A. (2010). *Is there a future in mental health promotion and consultation for nurses?* Obtido em 12 de Outubro de 2011, de <http://pubs.e-contentmanagement.com/doi/abs/10.5172/conu.2010.34.2.177>